



Marjo Kallioinen & Piretta Kemppainen

**NUORTEN KOKEMUKSIA RAVITSEMUKSESTA JA RAVITSE-
MUKSEEN LIITTYVISTÄ ONGELMISTA SEKÄ RATKAISUISTA**

**NUORTEN KOKEMUKSIA RAVITSEMUKSESTA JA RAVITSE-
MUKSEEN LIITTYVISTÄ ONGELMISTA SEKÄ RATKAISUISTA**

Marjo Kallioinen
Piretta Kemppainen
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Marjo Kallioinen & Piretta Kemppainen

Opinnäytetyön nimi: Nuorten kokemuksia ravitsemuksesta ja ravitsemukseen liittyvistä ongelmista sekä ratkaisuksista

Työn ohjaajat: Kaisa Koivisto & Juha Alakulppi

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2013 Sivumäärä: 59 + 8 liitesivua

Syömishäiriöt ovat hyvinvointivaltioissa kasvavassa määrin. Syömishäiriöt ovat vakavia sairauksia, joissa kroonistumisen riski ja kuolleisuus ovat edelleen suuria. Syömishäiriöihin ei ole vielä käytössä riittävän hyviä ennaltaehkäisykeinoja. Syömishäiriöiden riskitekijöiden tunnistaminen auttaa ennaltaehkäisemään häiriöitä, jolloin esimerkiksi nuorten kanssa työskentelevillä on tärkeää oppia tuntemaan häiriöiden luonnetta sekä tunnistamaan niiden syntymiseen vaikuttavia riskitekijöitä. Erilaisten tukitoimien ja riittävän tiedon perusteella pystytään ehkäisemään häiriöitä ja/tai vaikuttamaan nopeasti sairauden kulkuun ja parempaan ennusteeseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata nuorten kokemuksia normaalista ravitsemuksesta ja ravitsemukseen liittyvistä ratkaisuksista. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ravitsemuksesta ja siihen liittyvistä ratkaisuksista nuorten itsensä määrittelemänä. Opinnäytetyön näkökulmana on ennaltaehkäisy. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tiedonantajina toimi yksi yläkoululainen luokka ja tutkimusaineisto kerättiin ryhmähaastattelun avulla. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimustuloksiksi muodostui neljä pääluokkaa, jotka olivat ravitsemuksen merkitys ja ravitsemuksesta huolehtiminen, vähäisen syömisestä seuraukset, vähäisen syömisestä taustatekijät sekä avun hakeminen. Tuloksissa kävi ilmi, että nuoret ovat tietoisia hyvästä ravitsemuksesta sekä heillä on tietoa, kuinka huolehtia omasta ravitsemuksestaan ja mitä vähäinen syöminen voi aikaansaada. Nuoret tunnistivat monia erilaisia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa vähäiseen syömiseen, kuten esimerkiksi kaveripiiriin ja kauneushuoneiden vaikutus itsetuntoon, ja sitä kautta ravitsemukseen. Nuorilla on käytössä eri ongelmanratkaisukeinoja ja heillä on tiedossa, että mistä voi tarvittaessa hakea apua.

Opinnäytetyöstä on hyötyä kaikille sosiaali- ja terveysalalla toimiville ammattilaisille. Tutkimus tuo esille nuorten omaa ajatusmaailmaa ravitsemuksesta ja syömishäiriöiden syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia nuorten mielipiteitä siitä, mitkä keinot olisivat tehokkaita tiedon jakamiseen syömishäiriöistä ja ennaltaehkäisemään niitä.

Asiasanat: Nuoruusikä, nuoruusiän kehitys, ravitsemus, anoreksia, ennaltaehkäisy

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Health and Social Care, Option of Nursing

Authors: Marjo Kallioinen & Piretta Kemppainen

Title of thesis: Young people's Experiences of Nutrition and Problems Related to Nutrition and Decisions on Eating

Supervisors: Kaisa Koivisto & Juha Alakulppi

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2013

Number of pages: 59 + 8 appendices.

The number of people who have eating disorders is rising in welfare states all the time. Those disorders are serious illnesses that can in severe case cause death. There are no good enough ways to prevent those problems. Recognizing risk factors of eating disorders may help to prevent an eating disorder from developing. In our study we wanted to describe youngsters' experiences of normal eating habits and examine their opinions of nutrition.

The purpose of the study was to produce experience based knowledge about nutrition and decisions on eating. The study was qualitative methods. The data was collected from one group of school youngsters using four questions, and they answered to them in small groups. In our study is four questions to answer. The first question was what is meaning of nutrition. The second question was what happens if he doesn't eat properly. Then we asked what thing affect if eating gets abnormal. And the last question was where they would get help if eating gets abnormal.

The findings revealed that young people know how to eat healthy and diverse foods. Properly eating means many things to them. It keeps them healthy and alive. They know what things can affect negatively on healthy eating and when eating gets abnormal. Also they described how today's standards of beauty may affect on self-esteem and body image. They described many ways to help problems in eating or how to get help if eating gets abnormal.

The study is useful for every worker in social and health services, especially for those who work with youngsters. In future it would be interesting to explore young people's opinions of what thing could affect positively on the prevention of eating disorders.

Keywords: youth, normal development in youth, nutrition, anorexia, prevention.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT	4
SISÄLLYS	5
1 JOHDANTO	7
2 RAVITSEMUS JA SYÖMISEEN LIITTYVÄT ONGELMAT NUORUUIÄSSÄ	9
2.1 Nuoruusikä ja nuoruusiän kehitys	9
2.2 Nuoruusiän kehityksen tavoitteena identiteetin muodostuminen	10
2.3 Ravitsemussuositukset ja syömiseen liittyvät yleisimmät ongelmat	12
2.4 Nuoruusiän laihuushäiriö eli anoreksia nervosa	14
2.5 Anoreksian ennaltaehkäisy, hoito ja parantuminen	21
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	29
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	30
4.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus	30
4.2 Tutkimuksen osallistujien valinta	30
4.3 Haastattelu aineiston keruumenetelmänä.....	31
4.4 Aineiston analysointi.....	33
5 TUTKIMUSTULOKSET	37
5.1 Ravitsemuksen merkitys ja ravitsemuksesta huolehtiminen.....	37
5.2 Vähäisen ravitsemuksen seuraukset.....	39
5.3 Taustatekijät vähäiseen ravitsemukseen	40
5.4 Avun hakeminen	41
6 POHDINTA	43
6.1 Tutkimustulosten pohdintaa aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen.....	43
6.2 Tutkimustulosten johtopäätökset	46
6.3 Tutkimuksen luotettavuus	49
6.4 Tutkimuksen eettiset kysymykset	51
6.5 Tutkimuksen tekemiseen liittyvää pohdintaa.....	53
6.6 Jatkokehittämisideat.....	55

LÄHTEET	56
LIITTEET	60

1 JOHDANTO

Nykyään ihmisiä ohjataan usean eri tahon kautta kohti terveellisiä elämäntapoja sekä kohti elämäntapamuutoksia. Ohjauksen tavoitteena on terveys ja hyvinvointi. Miksi kuitenkin osalla nuorilla sekä myös vanhemmilla ihmisillä ohjeistetut elämäntavat, ulkonäköpaineet ja mielessä tapahtuvat muutokset johtavatkin hengenvaaralliseen sairastumiseen eli anoreksiaan? Nykyään yhä useampi ja yhä nuorempi tyttö tai nainen valitsee itselleen nälännyttämisen tien kohti kuviteltua terveyttä, kauneutta sekä seksikkyyttä. Tutkimusten mukaan anoreksia sekä kaikki muutkin syömishäiriöt ovat edelleen lisääntyneet ja ovat tulevaisuudessa lisääntymässä. Näiltä mielen ja kehon häiriöiltä eivät sääty myöskään pojat ja miehet. (Vanhala & Hälvä, 2012, 14.)

Syömishäiriöt ovat vakavia sairauksia, joissa kuolleisuus on edelleen suuri. Ilman asianmukaista hoitoa syömishäiriöiden kroonistumisen riski on suuri. Syömishäiriöt hyvinvointivaltioissa ovat lisääntyneet, vaikka yhä useammilla on mahdollisuus syödä mahdollisimman monipuolisesti ja terveellisesti. Häiriön viimeaikainen yleistyminen voi merkitä sitä, että viime vuosikymmenten muutokset länsimaisessa elinympäristössä ovat korostuneet aiemman piilevinä pysyneinä perintötekijöinä. Mahdollista on myös oireilun kanavoituminen naisilla painon ja ulkomuodon kontrollointiin syömishäiriönä, joka on aiemmin saanut ilmiänsä jollain muulla tavalla. Syömishäiriössä ei välttämättä ole periytyvää itse syömisoire vaan esimerkiksi oireilulle altistava säntillinen, rutiineja, toistoa, pakonomaisuutta ja täydellisyyttä rakastava persoonallisuuden rakenne tai yleinen laaja-alainen alttius reagoida stressitilanteisiin psyykkisin oirein. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2010, 50–51.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata nuorten kokemuksia ravitsemuksesta ja ravitsemukseen liittyvistä ratkaisuista. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ravitsemuksesta ja siihen liittyvistä ratkaisuista nuorten itsensä määrittelemänä. Opinnäytetyön näkökulmana on ennaltaehkäisy. Tällä hetkellä syömishäiriöihin ei ole vielä käytössä riittävän hyviä ennaltaehkäisykeinoja. Ennaltaehkäisyyn tarvitaan lisää erilaisia keinoja

tai tukitoimia, jotta mahdolliset ongelmat tunnistetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Syömishäiriöiden riskitekijöiden tunnistaminen auttaa ennaltaehkäisemään häiriöitä, jolloin nuorten kanssa työskentelevillä on tärkeää oppia tuntemaan häiriöiden luonnetta sekä tunnistamaan niiden syntymiseen vaikuttavia riskitekijöitä. Erilaisten tukitoimien ja riittävän tiedon perusteella pystytään ehkäisemään häiriöitä tai vaikuttamaan nopeasti sairauden kulkuun ja parempaan ennusteeseen.

Opinnäytetyö perustuu kvalitatiiviseen eli laadulliseen tutkimukseen. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat nuoruusikä ja sen normaali kehitys, ravitsemuksen ongelmat ja niihin johtaneet häiriintyneet ratkaisut ravitsemuksessa. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu nuoruusiästä ja sen kehityksestä, nuoren ravitsemuksesta ja niihin liittyvistä ongelmista sekä nuoruusiän laihuushäiriöstä. Opinnäytetyön raportti koostuu teoriasta, tutkimuksen toteuttamisesta, tuloksien analysoinnista, esittelystä sekä johtopäätöksistä ja pohdinnasta.

2 RAVITSEMUS JA SYÖMISEEN LIITTYVÄT ONGELMAT NUORUUIÄSSÄ

2.1 Nuoruusikä ja nuoruusiän kehitys

Ennen nuoruusikää ihmiselle on jo kehittynyt psyykkiset puitteet. Lapsuudessa varhaisella vuorovaikutuksella on suuri merkitys suotuisalle psyykkiselle kehitykselle. Tämä tarkoittaa nimenomaan vuorovaikutusta vauvan ja häntä eniten hoitavan aikuisen välillä. (Moilanen, Räsänen, Tamminen, Almqvist, Piha & Kumpulainen 2004, 37). Nuoruus on ihmisen elämässä ikävaiheena sellainen kehitysvaihe, jonka tarkoitus on lapsen irrottautuminen lapsuudestaan ja lopulta oman persoonallisuuden löytäminen (Moilanen ym. 2004, 46). Nuoruus ikävaiheena määritellään yleisesti sellaisena vaiheena lapsen kehityksessä, jolloin hän kasvaa fyysisesti lapsesta aikuiseksi. Suomessa katsotaan, että ikävuosina nuoruus alkaa noin 12 ikävuoteen mennessä ja jatkuu aina yli kahteenkymmeneen ikävuoteen saakka. Erään määrittelyn mukaan nuoruusikä alkaa murrosiällä, joka ikävuosina käsitetään 12–18 vuosien väliin. Murrosiässä ihmisen sukupuoliset ominaisuudet kehittyvät. Sukupuolihormonit käynnistävät kasvupyrähdysten myötä murrosiän alussa. Nuori kasvaa omaan pituuteensa ja tytöillä rasvakudosta alkaa kertyä erityisesti alavartaloon ja raajoihin. Ensimmäisenä tytöillä kehittyvät rintarauhaset, minkä jälkeen kehittyy häpykarvoitus, ja kuukautiset alkavat. Yleensä 18–20 vuoden välillä murrosikä on eletty ja lapsesta on fyysisesti kasvanut aikuinen. (Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2004, 72.) Ruumiin ja mielen yhteys on olennaisessa osassa kasvuprosessissa, ja jos nuori sairastuu psyykkisesti niin ongelmat ilmenevät monesti myös ruumiillisina oireina (Moilanen ym. 2004, 46).

Perheen merkitys nuoren psyykkiseen kehitykseen ja hyvinvointiin on suuri. Perheen vaikutusta lapsen psyykkiselle kehitykselle on tutkittu ja siitä on monia erilaisia teorioita, joiden mukaan sitä tarkastellaan. Psykodynaamisen teorian mukaan perhettä tarkastellaan havainnoimalla perheenjäsenten välisiä asioita ja suhteita. Teorian mukaan perheen sisäisellä vuorovaikutuksella ja ilmiäytymisellä on suuri vaikutus lapsen

psykkisten rakenteiden, persoonallisuuden muodostumiseen ja itsetunnon kehitykseen. (Moilanen ym. 2004, 67.)

2.2 Nuoruusiän kehityksen tavoitteena identiteetin muodostuminen

Psyykkisen kehityksen kannalta nuoruusiästä puhutaan toisena mahdollisuutena ihmisen elämässä, sillä ihminen kokee yhtä suuria sekä fyysisiä että psyykkisiä muutoksia kuin varhaislapsuudessa. Nuoruusiässä käydään läpi kehityshaasteita, jotka liittyvät olennaisesti ihmisen identiteetin muodostumiseen, ja tärkein kehitystehtävä nuoruusiässä on identiteetin muodostuminen ja sen liittäminen osaksi persoonallisuutta. Kehityshaaste on ikävaiheeseen normaalisti kuuluvaa, minkä kautta tapahtuu muutos uudenlaiseen sisäiseen ajatteluun ja käyttäytymiseen. Identiteetti tarkoittaa ihmisen mielikuvaa itsestä. Identiteetti voidaan jakaa eri alueisiin. Jos identiteetti muodostuu normaalisti, ihminen kykenee ylläpitämään omia arvoja ja mielipiteitä eikä esimerkiksi ole täysin muiden ihmisten ohjailtavissa. Identiteetin muodostumiseen vaikuttaa se sosiaalinen ympäristö, missä nuori kasvaa, mutta myös nuoren oma ohjautuvuus vaikuttaa siihen, esimerkiksi millaisiin kaveriporukoihin ja harrastuksiin hän hakeutuu. Näiden valintojen taustalla voi vaikuttaa nuoren temperamentti ja elämänhistoria. (Kunttu, Komulainen, Makkonen & Pynnönen 2011, 18–21.)

Myös ajattelutaidot kehittyvät nuoruusiässä paljon. 11–12 vuoden iässä ajattelu muuttuu enemmän abstraktiksi ja yleistävämmäksi. Juuri ajattelutaitojen kehittyminen mahdollistaa maailmankuvan ja ideologian muokkaamista omanlaisiksi. Nuorta alkavat kiinnostaa ympärillä tapahtuvat asiat, esimerkiksi sanomalehdet. (Anttila, Eronen, Kallio, Kanniainen, Kauppinen, Paavilainen & Salo 2005, 132.)

Erityisesti nuoruusiässä ikätovereiden vaikutus psyykkiseen kehitykseen on suuri. Toisten nuorten kanssa vietetään paljon aikaa sekä kodista ja samalla vanhemmista irtaantuminen alkaa. Nuori haluaa itsenäistyä ja saattaa tavoitella sekä lapsen että aikuisen etuja. Toisaalta luottamuksellinen suhde vanhempiin on tärkeää normaalin psyykkisen kehityksen kannalta. Nuoren täytyy voida purkaa tunteitaan kotona niin, ettei hänen tar-

vitse pelätä vanhempien reaktiota. (Kunttu ym. 2011, 19.) Sen lisäksi, että ystävät valitaan entistä huolellisemmin, niin myös vastakkainen sukupuoli alkaa kiinnostaa. Yksi tärkeä kehityshaaste on kyky solmia hyviä psyykkiseen ja fyysiseen läheisyyteen perustuvia ihmissuhteita, jonka seurauksena nuori kokee yhdessä olemisen tärkeämpänä kuin yksinäisyyteen vetäytymisen. Tähän vaikuttavat merkittävästi lapsuuden aikaiset kokemukset, mutta toisaalta nuoruusikä on mahdollisuus oppia uudenlaisia suhteita ja vapautua mahdollisista tunnekahleista. (Kunttu ym. 2011, 20–21.)

Kehonkuvalle on monenlaisia määritelmiä, mutta yleensä se käsitetään ihmisen omana käsityksenä kehostaan. Se pitää sisällään tuntemukset, havainnot ja asenteet omasta kehosta. Kehonkuva ei siis ole sitä, millaisena muut ihmiset henkilön kehon näkevät, vaan ihmisen oma käsitys siitä. Kehonkuva muuttuu koko ihmisen elämän ajan. Sen muodostuminen alkaa jo sikiökaudella kun lapsi saa kokemuksia liikkeistä, kosketuksesta ja äänistä. Kehonkuvan suotuisaan kehitykseen vaikuttaa se kasvuympäristö missä lapsi elää. (Tuimala 2013, hakupäivä 17.3.2013.)

Vanhempien kommentit omasta kehostaan vaikuttavat lapsen kehonkuvan muodostumiseen. Vanhempien laihdutuksella, tai tiukan linjan laatimisella, mitä ruoka-aineita saa ja mitä ei saa syödä, on tutkittu olevan merkitystä. (Cash & Pruzinsky 2002, 69.) Koulukäisellä kehonkuvan muodostumiseen vaikuttaa voimakkaasti oman kehon vertailu muiden kavereiden kehoihin. Jos lapsi kokee koulukiusaamista tai seksuaalista häirintää, se voi vaikuttaa negatiivisesti kehonkuvaan. (Cash & Pruzinsky 2002, 75.) Kaiken kaikkiaan turvallinen kasvuympäristö vaikuttaa kehonkuvan muodostumiseen positiivisesti, ja jo kouluikäisellä kehonkuvan peruslähtökohdat ovat muodostuneet.

Kehonkuva voi järkkyyä ihmisen elämän aikana erilaisten elämäntapahtumien myötä. Esimerkiksi seksuaalinen hyväksikäyttö, väkivalta ja hylätyksi tuleminen kokemus voi vaikuttaa kehonkuvaan negatiivisesti. Toisaalta kaikenlainen liikunta lisää kehontunteusta ja voi vahvistaa realistista kehonkuva. (Tuimala 2013, hakupäivä 17.3.2013.)

2.3 Ravitsemussuositukset ja syömiseen liittyvät yleisimmät ongelmat

Erityisesti nuorille suunnattuja ravitsemussuosituksia ei ole olemassa, vaan nuorille suositukset ovat samat kuin aikuisväestölle. Sen mukaan ruokavalion tulisi olla monipuolinen, kattaa kaikki tärkeät ravinnosta saatavat ravintoaineet. Ravitsemussuosituksen tavoitteena on tasata energiansaanti ja kulutus samalle tasolle. Kuitupitoisen ruuan lisääminen ja sokereiden liiallisen saannin estäminen on myös tavoiteltavaa. Suolan vähentäminen ja kovien rasvojen vähentäminen ovat huomioon otettavia asioita. Samoin hyvien rasvojen lisääminen ruokavalioon on tärkeää. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2012, Hakupäivä 21.2.2013.)

Ateriat tulisi nauttia säännöllisesti ja ne pitäisi muodostaa monipuolisesti ruokaympyrää apuna käyttäen. Puolet lautasesta pitäisi olla salaattia, yksi kolmannes perunaa ja yksi lihaa. Aterialla tulisi nauttia lisäksi lasillinen vähärasvaista maitoa ja runsaskuituinen leipäsiivu. Lisäksi salaattiin pitäisi lorauttaa öljypohjaista salaatikastiketta. Kasviksia ja hedelmiä pitäisi syödä joka päivä 400 g ja vähärasvaisia maitotuotteita yhteensä puoli litraa. Kalaa tulisi syödä mielellään kaksi kertaa viikossa. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2012, Hakupäivä 21.2.2013.)

Normaalin ja häiriintyneen syömiseen välinen raja ei ole yksiselitteistä ja helppoa. Myös monella on kokemuksia laihduttamisesta. Noin 10–20 % ihmisistä kertoo kokeilleensa laihtumisen tehostamiseksi enemmän tai vähemmän arveluttavia keinoja, kuten esimerkiksi laihdutusvalmisteita tai -lääkkeitä, paastoamista tai jopa suolentyhjennystä ja tahallista oksentamista. Pari kertaa hankittu ähky liiallisella syömisellä ei ole syömishäiriö. Hetkittäinen tyytymättömyys omaan kehoon ja ulkoiseen olemukseen, yksittäinen laihdutusyritys hallita painoaan jollakin keinolla eivät tee vielä ihmisestä syömishäiriöistä. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 13.)

Ei kuitenkaan ole valitettavasti liioiteltua, jos sanotaan, että painonpudotusta ovat yrittäneet paitsi naiset niin myös jopa seitsemänvuotiaat tytöt, joiden ei varmasti tarvitse laihtua. Tätä voidaan pitää sukupolvikysymyksenä. Viime vuosikymmeninä laihdutta-

minen on levinnyt sukupolvi sukupolvelta yhä nuorempiin ikäluokkiin. Nykyään vaikuttaa siltä, että 1960-luvun lopulla laihdutuskuurille ryhtyneet olivat aloittaessaan aikuisia, 80-luvun lopulla teini-ikäisiä ja sen jälkeen laihduttamisen aloittaneet ovat olleet joka vuosikymmenellä yhä nuorempia (Ster 2006, 46.) Häiriö muodostuu, kun oireet toistuvat siinä määrin, että ne alkavat joko omissa tai lähiympäristön silmissä selvästi haitata joko fyysistä terveyttä tai arkista toimintakykyä, kuten ihmissuhteita, opiskelua tai työntekoa. Häiriössä syöminen tai syömättömyys nousee elämän pääsisällöksi ja tavaksi, joka alkaa sotkea normaalia elämää. Usein vaikeita ongelmia syntyy vasta, kun elämä kiertyy oireilun ympärille ja oireet alkavat sanella erilaisia tärkeitä valintoja. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 13–14.)

Syömishäiriöiden kirjo on laaja ja ne kuuluvat psykosomaattisiin kehon ja mielen sairauksiin. Syömishäiriöillä tarkoitetaan tiloja, joissa nuori on menettänyt ravitsemismerkityksensä ja määrittelee itsensä pääasiallisesti syömisen kehon painon tai koon kautta. Nuorelle ruuasta on tullut välineellinen tapa, jolla hän säätelee kehon ulkonäköä. Ruokaan ja sen valmistamiseen liittyvät ajatukset sekä ruuasta kieltäytyminen valtaavat häiriöstä kärsivän nuoren ajatusmaailman ja häiriö toimii ongelmanratkaisuna ja nuoren mielen suojana. Syömishäiriöt voivat alkaa missä iässä tahansa. Häiriöiden ilmaantuminen on tavallisinta nuoruusikäisillä tytöillä. Tavallinen alkamisikä on 14–16 vuotta, jolloin häiriö liittyy murrosiän kehon muutoksiin ja psykologisessa mielessä siirtymiseen lapsuudesta nuoruuteen. (Lönnqvist 2009, 606; Miten syömishäiriön voi tunnistaa? 2012, hakupäivä 20.3.2012; Ruuska 2010, hakupäivä 20.3.2012; Käypä hoito 2009, hakupäivä 20.3.2012; Keski-Rahkonen ym. 2010, 24.) Tyypillisimpiä syömishäiriöitä ovat anoreksia nervosa, bulimia nervosa ja ortoreksia. Tässä opinnäytetyössä kuvataan syömishäiriöistä anoreksia nervosaa tarkemmin, koska se on syömishäiriöinä keskeisin nuoruuteen liittyvä syömishäiriö.

Bulimia nervosaa eli ahmimishäiriötä esiintyy enemmän kuin laihuushäiriötä. Bulimiasa keskeistä ovat toistuvat ahmimiskohtaukset, jolloin sairastunut ihminen kadottaa tunteen syömisen hallinnasta. Sairastuneen itsetunto on usein suorassa suhteessa painoon ja kehon ulkomuotoon. Bulimiaan kuuluu myös epätyypillinen ahmintahäiriö BED (Binge

eating disorder). Oireilu BED:ssä on samanlaista kuin ahmimishäiriössä, mutta erottava tekijä on se, että BED:tä sairastanut ei pyri eroon ahmimastaan ruuasta. Tällöin tyhjentäytymiskeinot ja niistä aiheutuvat seuraukset jäävät pois. BED johtaa hoitamattomana yleensä vaikea-asteiseen lihavuuteen. (Bulimian ja epätyypillisen ahmimishäiriön oireet 2012, hakupäivä 20.3.2012; Keski-Rahkonen ym. 2010, 21–22.)

Ortoreksia nervosa tarkoittaa terveellisen ruuan pakkomiellettä. Ortoreksia saa yleensä alun halusta tulla terveemmäksi ravinnon avulla, mutta sairastuneen ihmisen halu muuttuu vähitellen pakkomielteeksi. Ennen pitkää ortoreksia muuttuu niin, että ihminen käyttää kaiken aikansa aterioiden suunnitteluun, ruoka-aineiden hankintaan, ruuan valmistukseen ja syömiseen. Muihin ”uudenlaisiin” syömishäiriöihin kuuluu dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö eli lihasdysmorfia. Eräs kehodysmorfian eli BDD muoto on ns. lihasdysmorfia, jossa sairastunut ihminen pyrkii kasvattamaan lihaksensa suhteettoman suuriksi käyttäen tähän kohtuuttomasti aikaa sekä vaivaa. Häiriötä sairastava ihminen saattaa esimerkiksi ahdistua voimakkaasti, jos hän estyy pääsemästä kuntosalille harjoittelemaan suunnitelmassaan aikataulussa. (Mitä muita syömishäiriöitä on? 2011, hakupäivä 20.3.2012.)

2.4 Nuoruusiän laihuushäiriö eli anoreksia nervosa

Laihuushäiriö eli anoreksia nervosa on ilmeisen vanha sairaus ja tällä hetkellä yleisimpiä syömishäiriömuotoja. Anoreksian klassiset kuvaukset ovat peräisin jo 1800-luvulta. Anoreksia on psyykinen sairaus, jonka kärsivällä ihmisellä on pakonomainen tarve pudottaa painoaan keinolla millä hyvänsä. Yleensä tavallisesta ja harmittomasta laihduttamisesta siirtyminen anoreksian puolelle tapahtuu, kun syömiseen säännösteleminen johtaa merkittävään painon putoamiseen tai kasvun pysähtymiseen. Varsinaiseen anoreksiaan sairastuneista ihmisistä noin 1 % on 12–24-vuotiaita tyttöjä sekä nuoria naisia. Lievempioireisena häiriötä esiintyy enemmän. Anoreksia on kuitenkin sukupuolesta riippumatonta. Epätyypillisinä syömishäiriöitä esiintyy miehillä enemmän kuin naisilla. Edelleen miesten syömishäiriöt jäävät usein huomaamatta ja tunnistamatta terveydenhuollossa. Anoreksiaa sairastavilla miehillä liikunta on vieläkin runsaampaa sekä pa-

konomaisempaa kuin naisilla. Sairastuneilla miehillä esiintyy myös samalla monia muita psyykkisiä ongelmia, kuten pakko-oireita, masennusta ja päihteiden ongelmakäyttöä. Miehillä syömishäiriö voi myös esiintyä päällekkäin erilaisten ruumiinkuvahäiriöiden kuten lihasdysmorfian tai dysmorfisen ruumiinkuvahäiriön kanssa. Syömishäiriössä ja ruumiinkuvanhäiriöissä voi yhteneväisenä oireena esiintyä voimakasta tyytymättömyyttä vartalon lihaksistoon. (Huttunen & Jalanko 2011, hakupäivä 20.3.2012; Ruuska 2010, hakupäivä 20.3.2012; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 12; Keski-Rahkonen ym. 2010, 14, 25–27.)

Anoreksian ennuste näyttää aiempaa luuloa paremmalta. Viiden vuoden sisällä sairastumisesta toipuu kaksi kolmesta ja nuoreen aikuisikään mennessä kolme neljästä. Anoreksia on kuitenkin pitkäkestoinen ja vakava sairaus. Vakavimmissa sairaustapauksissa hoitoprosessi kestää vuosia. Näkyvät oireet, kuten painon normalisoituminen, voivat korjaantua lyhyelläkin aikavälillä, mutta mielen toipuminen ja häiriintyneistä ajatuksista irtaantuminen voi kestää kauan. Myös osa sairauden aiheuttamista fyysisistä vaurioista saattaa vaikuttaa elämään vielä pitkään toipumisen jälkeenkin. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 102–103; Kuinka kauan syömishäiriö kestää? 2012, hakupäivä 20.3.2012.)

Sairauteen liittyy kohonnut kuolleisuus ja vakavia ruumiillisia seurauksia. Anoreksiapotilaiden kuolleisuus on noin 4–7 %, joka on suurempi kuin vastaavanikäisen väestön kuolleisuus tai useimpiin muihin psykiatriin häiriöihin liittyvä kuolleisuus. Kuolleisuusvaara on edelleen 5–16 %. Käypä hoidon mukaan noin puolet sairastuneista toipuu häiriöstä täysin, joka viides kärsii sairaudesta vuosikaudet ja joka kolmannella oireet jatkuvat lievempinä läpi elämän. Sairastuneista noin viisi sadasta potilaasta kuolee ennen aikaisesti joko aliravitsemukseen liittyviin lisäsairauksiin tai masennuksen vuoksi tehdyn itsemurhan tuloksena. Sairauden aiheuttamat kuolinsyyt ovat yleensä puolustusmekanismin romahtaminen sekä sydän- ja verenkierto-ongelmat. Ennustetta huonontavat taudin vakavuus ja pieni painoindeksi (alle 13–15 kg/m²) sekä pitkä sairastamisaika ennen hoitoon pääsyä. Ennustetta parantaa varhainen puuttuminen, hoitoon ohjaaminen sekä intensiivinen hoito. Anoreksian diagnostiset kriteerit löytyvät liitteestä 2. (Huttunen ym. 2011, hakupäivä 20.3.2012; Käypä hoito 2009, hakupäivä 23.3.2012; Lönn-

qvist 2009, 607–609; Ruuska 2010, hakupäivä 23.3.2012.) Seuraavaksi on kuvattu tarkemmin nuoruusiän laihuushäiriöön eli anoreksia nervosaan liittyvää prosessia, kuten anoreksian synty, sairauden tunnistaminen ja oireet sekä sairastuneen ajatusmaailma ja käytös.

Anoreksian synty

Anoreksian tarkkaa syntytapaa ei vielä tunneta ja sairauden puhkeaminen on hyvin yksilöllistä. Sairauden syntyyn voi vaikuttaa varhain alkanut murrosiän kehitys, joka voi altistaa erityisesti nuoria tyttöjä kiusallisille ulkonäköön ja vartaloon kohdistuville kommenteille. Joskus myös esimerkiksi kouluterveydenhoitajan hyvää tarkoittavat laihdutuskehotukset voivat aiheuttaa ei-toivottuja seurauksia. Kiusatuksi tulemisen lisäksi puhkeamisalttiutta lisäävät erilaiset traumaattiset kokemukset sekä stressitekijät, kuten elämänolosuhteet ja -tapahtumat, joita voivat olla muutto uuteen ympäristöön, läheisen psyykkinen tai fyysinen sairaus, kuolema tai avioero perhepiirissä. Ratkaisevaa ei kuitenkaan ole itse elämäntapahtuma tai muutos vaan sen yksilöllinen kokeminen. (Huttunen ym. 2011, hakupäivä 20.3.2012; Keski-Rahkonen ym. 2010, 48–49, 57.)

Sairastumisen syntyyn voi vaikuttaa myös sairaus, kuten esimerkiksi diabetes, keliakia tai vaikeat ruoka-aineallergiat, mitkä vaativat rajoittavaa erityisruokavaliota. On myös huomattu, että anoreksian oireet ovat tavallista yleisempiä sellaisilla ihmisillä, joiden ammatti tai harrastus vaatii tarkkaa painonhallintaa sekä laihuutta, kuten esimerkiksi malleilla, balettitanssijoilla tai voimistelijoilla. Tiettyihin liikuntalajeihin liittyvät tiukat ulkonäkövaatimukset näyttävät lisäävän häiriötä erityisesti kilpaurheilu- ja ammattilais-tasolla. (Huttunen ym. 2011, hakupäivä 20.3.2012; Keski-Rahkonen ym. 2010, 57.)

Myös monet ammatit, joissa uralla eteneminen vaatii tiukkaa painonhallintaa ja ruokavalion säännöstelyä, altistavat nuoria häiriölle. Poikien harrastamat lajit tai ammatit, joissa alhainen paino liittyy suoritukseen, voivat lisätä alttiutta anoreksian kehittymiseen. Näitä lajeja ovat esimerkiksi mäkihyppy, kestävyysjuoksu ja nyrkkeily. Lisäksi homoseksuaalisuus näyttää lisäävän anoreksian kehittymisen riskiä miehillä. Kuitenkin

on edelleen epäselvää, sairastuttavatko ulkonäkökeskeiset urheilulajit ja ammatit nuoria vai hakeutuvatko he näiden ammattien ja lajien pariin pikemminkin ulkonäöstään erityisen kiinnostuneet, täydellisyyttä tavoittelevat ja ankaraan itsekuriin pystyvät ihmiset, jotka ovat valmiiksi alttiita sairastumaan anoreksiaan. Tulee myös muistaa, että moni suuren syömishäiriöriskin ammattilainen tai harrastaja pysyy täysin terveenä. (Huttunen ym. 2011, hakupäivä 20.3.2012; Keski-Rahkonen ym. 2010, 48–49, 57–58.)

Häiriön puhkeamiseen voivat vaikuttaa myös perintötekijät, koska sairaus kasaantuu jossain määrin suvuittain. Naisilla, jotka sairastavat anoreksiaa, on kymmenen kertaa todennäköisemmin syömishäiriötä sairastava lähisukulainen kuin terveillä naisilla. Nykykäsityksenä on, että alttius sairastua häiriöön on puoliksi jokaisen henkilön yksilöllisestä elinympäristöstä johtuvaa ja puoliksi perintötekijöihin kirjattua. Häiriön siis ajatellaan syntyvän perintötekijöiden ja sairauden puhkeamiselle altistavien elinympäristön yhteisvaikutuksesta. Mahdollista on myös oireilun kanavoituminen naisilla painon ja ulkomuodon kontrollointiin syömishäiriönä, joka on aiemmin saanut ilmiänsä jollain muulla tavalla. Syömishäiriössä ei välttämättä ole periytyvää itse syömisoire vaan esimerkiksi oireilulle altistava sääntillinen, rutiineja, toistoa, pakonomaisuutta ja täydellisyyttä rakastava persoonallisuuden rakenne tai yleinen laaja-alainen alttius reagoida stressitilanteisiin psyykkisin oirein. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 49–51.)

Syömishäiriöt ovat jatkuvasti median otsikoissa kuuluisuuksien tautina. Terveys-suositukset ja ulkonäköjutut saavat toistuvasti runsaasti tilaa tiedotusvälineissä. Joskus sairauksien eksotiikalla ja yksityiskohdilla mässäillään lehdissä ja internetissä tavalla, jonka voidaan katsoa toimivan häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä ja kehonkuvaa levittävänä ilmiönä. Kauneus, terveys ja laihdutus ovat myös rahakasta bisnestä. Ulkonäkökeskeinen kulttuuri ei ole välttämättä pelkästään harmitonta viihdettä vaan vaarana on, että erityisesti kehitysikäiset, itsetunnoltaan vielä hauraat nuoret ottavat nämä muuttumisviestit liian vakavasti ja turvautuvat äärimmäisiin tai terveydelle haitallisiin keinoihin ihanneulkonäköään etsiessään. Nykyisin kauneuden ja laihuuden ihannoiminen mediassa vaikuttaa väistämättä monen nuoren mielikuviin omasta kehosta. Erilaiset joukkoviestimet voivat lisätä myös syömisoireilun sosiaalista hyväksyvyyttä ja tavoiteltavuutta se-

kä muokata yleisiä asenteita häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä suosivampaan suuntaa. Toisaalta hyväinkin tarkoittavat informatiiviset artikkelit syömishäiriöistä saattavat opettaa ulkonäköönsä tyytymättömälle nuorelle uusia epäasianmukaisia laihdutuskeinoja. Sairauden taustalla voi myös todennäköisesti olla vahva yhteinen ympäristövaikutus, kuten jaetut kauneusihanteet. Tällöin häiriö saattaa levitä ystävältä ystävälle tai esimerkiksi koululuokan tai urheilujoukkueen sisällä. Myös usean saman perheen jäsenen sairastuminen voi olla mahdollista, mutta ei kovinkaan yleistä. Joskus on myös ajateltu, että dominoivat, ylihuolehtivat ja tunnekyvyttömät äidit sairastuttivat lapsensa anoreksiaan ja muihinkin psyykkisiin sairauksiin. Kuitenkin nämä teoriat on kumottu tieteellisin tutkimuksin. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että anoreksiapotilaat ovat peräisin keskenään hyvin erilaisista perheistä, kuten yleensä hyvin arkisesta ja tavallisesta perheestä, jotka eivät millään ratkaisevalla tavallaan poikkea muista ympäristönsä perheistä. Useat tutkimukset ovat hyvin yksimielisiä siitä, että häiriö ei johtuisi vanhempien teoista tai laiminlyönneistä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 34; Keski-Rahkonen ym. 2010, 51–54.)

Anoreksia ei ole kenenkään vika ja merkittävämpää on syyttelyn sijaan ajatella, että häiriön alttius kulkeutuu perimän kautta kaukaa, sukupolvien takaa. Häiriötä sairastavien lähisuvusta löytyy luonteeltaan täydellisyyden tavoitteluun, pakonomaisuuteen ja pikkutarkkuuteen taipuvaisia henkilöitä enemmän kuin perheistä keskimäärin. Tämän tapainen persoonallisuustyyppi voi välittyä perintötekijöiden kautta yhdessä häiriön kanssa. Jos perhe-elämä on kovinkin rikkinäistä ja ongelmallista, esimerkiksi päihteiden väärinkäytön, väkivallan, seksuaalisen hyväksikäytön ja yleisen turvattomuuden sävyttämää, perheen lasten todennäköisyys oireilla psyykkisesti kasvaa. Rikkinäinen ilmapiiri lisää niin psyykkisten sairauksien ilmaantuvuutta kuin syömishäiriöön sairastavuutta. Tällöinkään ei syyllisten etsiminen auta asiaa vaan usein vanhemmat ovat joutuneet omassa lapsuudessaan kokemaan samantyyppisiä vaikeita olosuhteita. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 54–55.)

Sairauden kulku

Anoreksia alkaa yleensä nuorella iällä vähitellen ja salakavalasti. Pääosa oireista on hyvin intiimejä, kuten inho ja häpeä omasta vartalosta, eivätkä ne välity välttämättä ulkopuolisille. Kuukautishäiriöitä ei yleensä huomaa juuri kukaan. Ulospäin näkyviä merkkejä ovat yleensä voimakas laihtuminen, painonvaihtelu tai ruokarutiinien muuttuminen. Muutokset sairastuneessa voivat olla alussa niin hienovaraisia, että ne jäävät läheisiltäkin ihmisiltä huomioimatta tai havaitsematta. Joskus ensioireena voi olla esimerkiksi karkkilakko tai aterioiden väliin jättäminen. Vähitellen ruokavalio alkaa supistua ja lisääntyvä osa ruoka-aineista muuttuu kielletyiksi tai tiukasti säännöstellyiksi. Sairastuneen lautaselta voi löytyä paljon kasviksia ja vähän leipää, mutta esimerkiksi rasva ja liha katoavat ja niiden lisääminen ruokaan voi aiheuttaa riitoja. Kotona nuori voi vaatia, että kaikki ruoka-aineet vaihdetaan kevyttuotteiksi tai julistautua ryhtyvänsä kasvis- syöjäksi tai vegaaniksi. Nuori voi myös vältellä yhteisiä aterioita tai pyrkiä jatkuvasti syömään pelkästään omassa huoneessaan. Nuori saattaa itse haluta käsitellä ja valmistaa omat ruokansa joka tilanteessa tai korvata aterioita runsaalla kahvin, teen tai kevytlimsojen juonnilla sekä tupakoimalla. Ruokailuun voi myös ilmaantua outoja rituaaleja. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 32–33.)

Yleensä anoreksian alkua edeltää jonkinlainen laihdutuskuuri. Laihduttamiseen voi liittyä hyvinkin runsasta liikuntaa sekä liikunnan harrastaminen voi alkaa vaikuttaa hyvin pakonomaiselta. Tavanomaisen rentouttavan kuntoliikunnan sijaan liikkumisesta tulee pakkomielle. Lenkkipolku kutsuu aamuvanhain, iltamyöhään, räntäsateessa ja koiranilmalla. Kuntosalitreeneit voivat venyä monituntisiksi, erilaiset jumpat ja urheiluharrastukset alkavat viedä suurimman osan valveillaoloajasta. Askelmittari tai kaloreja laskeva sykemittari voi alkaa ohjata arkea tai päivät täyttyvät hyötyliikunnasta, kuten pitkienkin työmatkojen kävely tai pyöräily säästä riippumatta. Syömisen ongelmat pysyvät alussa piilossa ja anoreksiaan sairastuneen läheiset havahtuvat usein sairauteen vasta siinä vaiheessa, kun huomattavaa laihtumista on jo tapahtunut. Viluinen ja paljon laihtunut nuori kätkee laihtumisensa väljin tai kerroksittain puettuun vaattein, jolloin laihtumista ei huomata. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 33–34.)

Tunnistaminen

Anoreksiasta kärsivällä nuorella ei yleensä ole sairautentuntoa eikä hän ymmärrä tällöin sairautensa vakavuutta. Tästä syystä usein sairauden huomaavat aluksi perheenjäsenet, muut läheiset tai esimerkiksi kouluterveydenhoitaja. Myös nuori, joka kärsii häiriöstä, saattaa ottaa yhteyttä terveydenhoitopalveluihin esimerkiksi vatsavaivojen, pahoinvoinnin, ummetuksen, kuukautishäiriöiden, anemian, masennuksen tai hampaiden reikiintymisen vuoksi tai saadakseen laihdutusohjeita. Kun vastaanotolla käydään läpi nuoren ruokailutottumuksia tai elämäntilannetta, usein ongelmallinen suhtautuminen ruokaan ja painoon heijastuu keskusteluun rivien välistä. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 10; Rahkonen 2010, hakupäivä 27.11.2011.) Kasvuikäisen nuoren paino ei välttämättä aina laske vaan painonnousun ja pituuskasvun pysähtyminen voi olla merkki anoreksiasta. Myös syömishäiriöitä esiintyy diabeetikoilla kaksi kertaa enemmän kuin muilla. Usein diabeetikon syömishäiriö on pysyvä sekä korreloi diabeteksen huonoon hoitotasapainoon. Anoreksiaan sairastumisen mahdollisuus tulee muistaa diabetesta sairastavilla tytöillä jo ennen murrosikää. (Käypä hoito 2009, hakupäivä 28.3.2012.)

Sairastavan ajatusmaailma ja käytös

Sairastuneen nuoren elämässä syöminen ei ole enää luonnollinen osa päivärutiineja, vaan syömiseen sisältyy pakkoa, hallinnantunteen menettämistä, pelkoa, kieltäytymistä, itseinhoa ja ahdistusta. Sairastuneen henkilön oireilu alkaa innostuksella syödä terveellisesti eli vähän kaloreita sisältävää ruokaa ja lisätä liikuntaa, jolloin painon pudotessa nuori tuntee onnistumista. Mitä enemmän paino laskee, sitä voimakkaammiksi sairastuneen ahdistus ja syömiseen sekä painoon liittyvä pakonomaisuus kasvaa. Sairastuneella ahdistus ilmenee esimerkiksi rituaaleina ruokailujen yhteydessä, kuten ruokien tarkkana mittaamisena, ruuan siirtelynä lautasella, poikkeavana runsaana suolan, sinapin tai muiden mausteiden käyttönä, ruuan pilkkomisena pieniksi paloiksi, vain tietyistä astioista syömisenä, viimeisen suupalan syömättä jättämisenä ja ruuan piilotteluna. Pakkoajatukset voivat ilmetä syömiseen liittyvinä sääntöinä ja kieltoina, kuten esimerkiksi kalorirajoina, joita ei saa ylittää, sääntönä syödä aina vähemmän kuin muut, ravintolassa tai ky-

lässä syömisen välttäminen jne. Pakko-oireet voivat liittyä anorektikolla myös siisteyteen ja puhtauteen, mikä ilmenee esimerkiksi keittiötöissä, jolloin sairastunut toistuvasti pesee käsiä tai pyyhkii pintoja. Yleensä luullaan, että anoreksia vie ruokahalun, mutta asia on päinvastoin. Anoreksiaa sairastavan ajatukset pyörivät lähes yksinomaan ruoka- ja painoasioiden ympärillä, jolloin sairastunut saattaa hamstrata ruokaa, kerätä reseptejä ja kokata mielellään muille kuitenkin syömättä itse. (Anoreksian ja epätyypillisen lai- huushäiriön oireet 2012, hakupäivä 20.3.2012; Keski-Rahkonen ym. 2010, 39–40.)

Anoreksian oireet

Anoreksia alkaa tyypillisimmillään vähitellen. Laihtuminen voi olla hiipivää tai hyvin nopeaa. Usein nuoret jatkavat koulunkäyntiään ja harrastuksiaan sekä tuntevat voivansa erinomaisesti alkaneesta aliravitsemuksesta huolimatta. Aliravitsemuksen edettyä ja ke- hon nälkiinnyttyä alkaa ilmaantua erilaisia oireita ja vaivoja. Anoreksiaa sairastavan somaattiset ongelmat johtuvat alipainosta. Jos häiriökäyttäytyminen loppuu ja paino normalisoituu, monet oireet korjaantuvat. Kuitenkin osa oireiden aiheuttamista kompli- kaatioista ei välttämättä häviä. Komplikaatiot voivat olla hyvin vakavia ja pahimmillaan ne voivat johtaa kuolemaan. Anoreksian yleisimmät kuolinsyyt ovat sydänongelmat, tu- lehdukset (erityisesti keuhkokuume) ja itsemurhat. Kuoleman riskiä suurentavat nopea painon lasku, matala painoindeksi (alle 13), ihmisen kuivuma ja elektrolyyttitasapainon häiriöt, hypoglykemia eli matala verensokeri, yletön liikunta sekä rytmihäiriöt. Jatkuva laihduttaminen vaikeuttaa painon hallintaa pitkällä aikavälillä. Pitkällä aikavälillä hi- taasti syntyneet komplikaatiot eivät välttämättä alussa tunnu tai näy päällepäin millään tavalla. Kun varsinaisia sairauden merkkejä ei ole, ihminen tottuu olotilaansa. (Ruuska 2010, hakupäivä 28.3.2012; Viljanen ym. 2005, 78–79.) Anoreksian fyysiset ja psyyk- kiset oireet sekä puutosoireet löytyvät liitteistä 3–5.

2.5 Anoreksian ennaltaehkäisy, hoito ja parantuminen

Anoreksiaa yritetään ennaltaehkäistä tukemalla erilaisin ohjelmin lasten ja nuorten itse- tunnon myönteistä kehitystä. Nykypäivänä on myös paljon keskustelua mahdollisuuk-

sista vaikuttaa yhteisön kauneushanteeseen ja vähentämään äärimmäisen laihuuden ihannoimista. Toistaiseksi ei ole vielä tarkkoja tuloksia toivotulla tavalla vaikuttaneista ennaltaehkäisyohjelmista. Erilaisten ohjelmien avulla on kuitenkin onnistuttu lisäämään tietämystä syömishäiriöistä ja joidenkin tutkimusten mukaan on ehkä onnistuttu muuttamaan häiriöön liittyviä asenteita ja käyttäytymisessä. Ensisijaisen tärkeä rooli on kouluterveydenhuollolla, jotta ongelmia havaittaisiin jo varhaisessa vaiheessa. Nopea havaitseminen ja hoitoon ohjaaminen edellyttävät kouluikäisten säännöllistä terveysseurantaa sekä yhteistyötä esimerkiksi liikunnanopettajien kanssa. (Lönnqvist 2009, 609; Käypä hoito 2009, hakupäivä 23.3.2012.)

Anoreksian hoito

Anoreksiaa on yritetty parantaa vuosisatojen ajan, mutta sairauden hoitokeinojen tehokkuudesta on yllättävän vähän näyttöä. Anorektikolle laihtuminen ei ole ongelma, vaan päämäärä, eikä hän halua nostaa painoaan. Sairastunut ei halua luopua siitä, minkä puolesta hän on niin pitkään taistellut. Sairastuneelle pienikin painon nousu on suuri uhka, koska se on pelottavinta, mitä hän tietää. Sairastunut suhtautuu paranemiseen ja painon nousuun ristiriitaisin mielin, mikä tekee syömishäiriöiden hoidosta hyvin haasteellista. Sairastuneen motivointi hoitoon voi olla vaikeaa senkin vuoksi, että monet anoreksiaa sairastavat henkilöt eivät tunne olevansa edes sairaita. Muutos parempaan vaatii moniammatillista työtä, yksilöllistä asiaan paneutumista, aikaa, toistuvaa työstämistä ja kannustusta. Sairastuneen kannattaa aina hakeutua hoitoon, mielellään mahdollisimman pian ensimmäisten sairauden merkkien havaittua. Hoidon aloituksen sairauden varhaisessa vaiheessa parantaa tervehtymisennustetta sekä nopeuttaa paranemisprosessia. Hoidon aikana potilas on itse vastuussa paranemisestaan tai terveydentilansa huononemisesta. Lasten ja varhaisnuorten hoidossa aikuisilla on suurin vastuu. Hoitavien työntekijöiden tehtävänä on ohjata ja tukea potilasta niihin valintoihin, jotka edesauttavat tervehtymiseen. Hoitosuhteessa ei ole tarkoitus käydä valtataistelua potilaan ja työntekijän välillä, vaan yhteistyössä potilaan kanssa syömishäiriötä vastaan. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 59–60, 64–65; Viljanen ym. 2005, 14–16.)

Suomessa on useita hoitotapoja, kuten avohoito, psykoterapia, perheterapia, ravitsemushoito sekä sairaalahoito. Sairastuneen hoidossa on tärkeää kokonaisvaltaisuus, jossa pyritään korjaamaan aliravitsemus ja normalisoida syöminen sekä pyritään korjaamaan fyysiset vauriot ja vaikuttamaan häiriön psykologiseen sisältöön eli lievittämään psyykkistä oireilua. Moniammatilliseen työryhmään voi kuulua muun muassa psykiatri, psykologi, sairaanhoitaja, psykoterapeutti, sisätautilääkäri tai lastenlääkäri, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Anorektikon hoito perustuu ravitsemushoitoon, terapiakeskusteluihin sekä mahdolliseen lääkehoitoon. Hoidossa voidaan käyttää myös fysioterapiaa, kuten mm. rentoutus- ja ruumiintuntemusharjoituksia ja lihaskuntoutusta sekä toimintaterapiaa, kuten mm. ajankäytön jäsentämistä ja käytännön ruuanvalmistusta. Yksilölliset hoidon tavoitteet riippuvat oireiden vakavuudesta sekä sairaus- ja hoitohistoriasta. Vakavasti aliravittua anorektikkoa hoidetaan sairaalassa ravitsemustilan vuoksi somaattisella osastolla, tarvittaessa myös jopa tahdonvastaisesti. (Viljanen ym. 2005, 14; Keski-Rahkonen ym. 2010, 60.)

Ensisijaisesti sairastuneita hoidetaan avohoidossa ja nuorille tärkein on kouluterveydenhuolto. Suomessa on kattava terveydenhuoltojärjestelmä, jossa lasten kasvua ja kehitystä seurataan tiiviisti syntymästä lähtien. Neuvolapalveluissa kerätyt terveystiedot siirtyvät kouluterveydenhuoltoon. Kouluterveydenhuollon yhtenä perustehtävänä on seurata oppilaiden kasvua ja kehitystä. Kouluterveydenhuollolla on myös tärkeä rooli terveysongelmien ehkäisemisessä ja varhaisessa havaitsemisessa. Oppilaiden vietettyä koulussa useita tunteja päivässä monien vuosien ajan mahdollistaa sen, että heidät opitaan tuntemaan ja siten luodaan hyvät mahdollisuudet tunnistaa muutokset oppilaan olemuksessa tai käyttäytymisessä jo varhaisessa vaiheessa. Tieto kouluterveydenhoitajalle nuoren mahdollisesta sairastumisesta anoreksiaan voi tulla tietoon esimerkiksi huoltajilta, sisaruksilta, luokkatovereilta tai eri opettajilta, kuten liikunnanopettajalta tai itse terveydenhoitaja huomaa tutun oppilaan olemuksen vaihdoksen. Terveydenhoitajan tavattuun oppilaan, tulisi vastaanotolla käydä läpi hänen nykyistä elämäntilannettaan, johon liittyy ruokailutottumukset, mieliala ja liikunta. Vastaanoton aikana oppilas myös mitataan ja punnitaan. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 71–73.)

Usein ensitapaamisella oppilaat eivät ole täysin rehellisiä vastattaessa elämäntapaa selvittäviin kysymyksiin, koska terveydenhoitajalle kerrotaan mielellään se, mitä oletetaan hänen haluavan kuulla. Tällöin on mahdollisuus virheellisen käsityksen syntyyn. Terveydenhoitajan tulisi muistaa anoreksiaan kuuluvat oireet ja niiden tunnistaminen. Esimerkiksi kerrospukeutuminen on yleistä anoreksiasta kärsiville, joten punnitukset on tärkeä tehdä aina ilman vaatteita, jolloin kaikki mittaukset ovat vertailukelpoisia ja samalla hoitaja näkee kehon muutokset (ryhdin, silmämääräisen laihuuden, ihon kunnon, karvoituksen, mustelmat, viiltelyt). Paino ja kasvukäyrät ovat anoreksiaa epäiltäessä parhaat objektiiviset mittarit ja ensitapaamisella on tärkeä näyttää myös tulokset käyrästä nuorelle, jotta hän ymmärtää tilanteen vakavuuden. Jos ensitapaamisella mittauksissa ei ole havaittavissa mitään huolestuttavaa, voidaan keskustella terveellisistä elämäntavoista sekä sovitaan kontrollikäynti esimerkiksi kuukauden kuluttua. Varhainen puuttuminen ja puheeksi ottaminen voivat havahduttaa nuoren ja samalla häiriöt voivat korjaantua muutaman neuvonta- ja seurantakäynnin avulla. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 73–74.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatusuosituksen mukaan yksi edellytys hyvälle kouluterveydenhuollolle on yhteistyö huoltajien kanssa. Vanhemmilla on aina oikeus tulla oppilaan mukaan terveystarkistuksiin tai tarkistuksista annetaan kirjallinen palaute kotiin vietäväksi. Luottamuksellisen hoitosuhteen luomiseksi ja säilyttämiseksi terveydenhoitaja voi olla yhteydessä huoltajaan ainoastaan oppilaan suostumuksella, mutta käytännössä luvan pyytäminen on pelkkä muodollisuus selvän painonpudotuksen yhteydessä, jolloin terveydenhoitaja voi oppilaalle kerrottuaan ottaa huolen herätessä yhteyttä huoltajaan. Huoltajalle ilmoittaessa ja tapaamisajasta sopiessa, on hyvä oppilaan olla myös läsnä. Usein huoltaja sekä nuori haluavat tulla paikalle mielellään, jolloin tämä lisää myös hoitomyöntyvyyttä. Joskus vanhempien on vaikea hyväksyä tai tunnistaa oman lapsen mahdollista syömishäiriötä, jolloin vanhempi saattaa vähätellä tilannetta tai oletetaan, että ”omilla pärjätään”, eikä haluta ulkopuolista puuttumista. Tällöin hoitajan on kerrottava tosiasiat sairaudesta ja ohjattava nuori ainakin lääkärin arvioon. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 74–75.)

Vanhemman ja nuoren tapaamisella terveydenhoitaja voi tuoda ilmi avoimesti huolestumisensa syitä ja samalla suorittaa tarvittavat mittaukset, kuten verenpaineen, sykkeen, painon ja pituuden tarkistuksen. Mittauksien aikana vanhemmat usein säikähtävät nähdessään oman lapsensa laihuuden, koska lapsi ei välttämättä ole enää moneen vuoteen riisuuntunut aikuisten nähden. Viimeistään painokäyrien katselu saa useimmat havahdumaan, jolloin voidaan yhdessä todeta tilanteen vakavuus ja suunnitella tarvittava hoitolinjaus. Anoreksia nostattaa aina pintaan erilaisia tunteita, kuten syyllisyydentunnetta, ahdistusta ja häpeää. Nuori tuntee häpeää omasta kehostaan sekä vanhemmat miettivät, mitä he ovat tehneet väärin. Erilaisten tunteiden käsittelyyn kannattaa varata aikaa ja antaa vanhemmille mahdollisuus kahdenkeskisiin keskusteluihin esimerkiksi kouluterveydenhoitajan kanssa sekä nuorelle valitaan sopiva jatkohoito. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 75.)

Lieviä syömishäiriöitä voidaan seurata ja hoitaa perusterveydenhuollossa tiheiden ja ohjaavien käyntien yhteydessä, mutta jos ongelmia ei korjaannu tai paino muuttuu nopeasti, pitää oppilas lähettää jatkohoitoon. Kouluterveydenhuollolla tulee olla mahdollisuus konsultoida erikoissairaanhoitoa, mutta mieluiten oppilas ohjataan ruumiillisen ja psyykkisen terveydentilan arvioon syömishäiriöiden hoitoon perehtyneeseen yksikköön. Kouluterveydenhoitaja olisi hyvä ottaa mukaan hoitopalaveriiniin silloin, kun oppilas on häiriön takia muualla hoidossa sekä jatkohoidossa yhteiset hoitolinjaukset ja vastuunjaako kouluterveydenhuollon kanssa ovat hoidon onnistumisen kannalta erittäin tärkeitä. Joskus oppilaan voimat eivät riitä normaaliin koulunkäyntiin, jolloin joudutaan miettimään yksilöllisiä ratkaisuja, kuten esimerkiksi oppilas vapautetaan liikunnasta tai lyhennetään koulupäivää. Tavoitteena on oppilaan terveen tasapainon saavuttaminen ja samalla pyritään takamaan oppilaan paras mahdollinen eteneminen opinnoissa. Jossain vaiheessa oppilaan painonseuranta siirtyy kouluterveydenhuoltoon ja silloin on hoitavan yksikön kanssa sovittava painotavoitteet ja mittausten tiheys, mutta tiukkaa valvontaa on hyvä kuitenkin välttää. Kaikkien on noudatettava yhteisiä sopimuksia ja tapaamisten on oltava oppilaalle turvallisia. Koulun vaihtuessa on hyvin tärkeää, että tieto sairaudesta menee oppilaan mukana seuraavaan yksikköön, koska sairauden uudelleen puhkea-

minen voi tulla nimenomaan muutosvaiheissa eteen. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 76–78.)

Perheenjäsenten ja läheisten rooli

Anoreksiaa sairastavan syömättömyys ja laihduttaminen johtaa usein siihen, että vanhemmat ja läheiset alkavat korostetusti tarkkailla ja kontrolloida hänen syömisiään ja käyttäytymistään. Sairastavan läheiset ovat usein turhautuneita tai menettäneet toivonsa, koska eivät kykene millään lailla hallitsemaan sairastuneen käyttäytymistä. Vanhemmilla ja muilla tukihenkilöillä on kuitenkin hyvin merkittävät roolit sairastuneen paranemisessa. Sairastumiseen liittyy, että sairastunut pyrkii muuttamaan ympäristönsä oireille suotuisaksi, mutta omn tärkeää, ettei oireilua laajenneta koko perheen ruokailuihin, vaan pyritään pitämään muun perheen ruokailut entisellään mahdollisuuksien mukaan. Vanhempien ja läheisten osuus sairastavan ruokailuissa riippuu sairastuneen iästä ja siitä, miten vaikeasti nälkiintynyt hän on. Mitä nuorempi ja vakavammin aliravittu nuori on, sitä suurempi on läheisten merkitys ja vastuu ruokailuista. Vanhempien on tärkeää asettaa nuorelle sellaisia rajoja, joihin he itse uskovat ja joita he haluavat puolustaa, kun nuori kyseenalaistaa niitä. Tärkeää on, että molemmat vanhemmat seisovat yksimielisesti rajojen ja sääntöjen takana. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 124–126.)

Kanssakäymisessä sairastuneen kanssa on tärkeää osoittaa hänelle, että häntä kuunnellaan ja hänen hätänsä otetaan vastaan. Vaikka sairastuneen pelot ja ajattelu on tavallisesti epärealistista ja outoa, on tärkeää, ettei hänen puheitaan heti tyrmätä tai mitätöidä. Tulee muistaa, että sairastuneelle kummallisetkin pelonaiheet ovat todellisia. Sairastuneen pelko lievittyy parhaiten, kun sairastunut tuntee olevansa turvassa. Turvan tunne syntyy, kun sairastunut kokee tulleen ymmärretyksi ja hyväksytyksi. On hyvä muistaa, kun ruokailuun tai esimerkiksi liikuntaan liittyy hankalia tilanteita, ettei sairastunut nuori ole valinnut syömishäiriötään itselleen tai ole ilkeyttään vastahankainen. Kannattaa yrittää kaikkien vaikeuksienkin keskellä nähdä nuoren terve puolensa sekä hyvät ja positiiviset ominaisuutensa ja monin tavoin osoittaa hänelle rakkautta sekä arvostusta. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 123–124, 127–129.)

Sairastuneen nuoren ympäristö tukee hänen paranemistaan parhaiten, jos se ei voimista kielteisyyttä esimerkiksi arvostelemalla tai syyttelemällä sairastunutta. Läheisten ei kannata tukea mitään toimintaa, joka ylläpitää tai pahentaa sairastuneen nuoren oireita, vaikka seurauksena voi olla nuoren uhmakas käytös tai esimerkiksi raivokohtaukset. Jos sairastumisen aikoihin perheessä on jonkinlainen kriisi, saattaa sen aiheuttama ilmapiirin huononeminen kotona osaltaan ylläpitää sairastuneen kielteistä ajattelua. Myös sairastuneen ja perheenjäsenten ristiriitaiset välit voivat hidastaa nuoren paranemista. Perheen olosuhteiden ollessa sellaiset, että sairastuneen on vaikea päästä paranemisen alkuun, kannattaa koko perheen silloin hakea apua kriisin ratkaisemiseksi. Yleisesti voidaan ajatella, että jos perheessä ei ole minkäänlaista erityistä kriisiä eikä perheen jäsenten suhteissa ole kummempia sairautta ylläpitäviä elementtejä, ei myöskään ole todennäköistä, että perhe omalla toiminnallaan voisi pahentaa sairautta. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 137–138.) Usein vanhemmilla mene paljon aikaa ja energiaa sairastuneen tukemiseen, joten on mahdollista, että muut perheenjäsenet jäävät vähälle huomiolle sairauden aikana. Tällöin isovanhemmat, tädit, sedät, kummit ja muut läheiset aikuiset ovat kullonarvoisia tukijoita sisaruksille. Vanhempien jaksamista voi tukea vertaistuellla sekä esimerkiksi keskustella läheisten ja ystävien kanssa. Jos tilanne kuormittaa kohtuuttomasti ja haittaa arkielämästä selviytymistä, on hyvä ottaa yhteyttä ammattiauttajiin. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 218–219, 222–226.)

Parantuminen

Paraneminen riippuu keskeisesti sairastuneen rohkeudesta ottaa apua vastaan ja tehdä muutoksia syömiskäyttäytymiseensä. Nykyään näyttää siltä, että osa sairastuneista menettää kykynsä suunnata itsenäisesti käyttäytymistään terveyttä tukevaan suuntaan sairauden ylittäessä tietyn vakavuusasteen. Paranemisen aikana sairastuneessa tapahtuu syvien psyykerakenteiden muuttuminen ja korjaantuminen, jolloin paraneminen kestää tavallisesti useamman vuoden. Toipuminen tapahtuu vaiheittain ja etenee jokaisella yksilöllisesti. On normaalia, että häiriöstä parannuttaessa, hyvät ja huonot jaksot seuraavat toisiaan. Paraneminen on sitä, että hyvät jaksot muuttuvat vähitellen yhä pidemmiksi ja

huonot jaksot yhä lyhyemmiksi. Nopeastikin toipuvilla kuluu 2–3 vuotta, mutta keskimäärin kuitenkin aikaa menee 6 vuotta. Kannattaa varautua siis siihen, että hoito kestää pitkään eikä tuloksia useinkaan saada näkyville ensimmäisten viikkojen tai jopa kuukausien aikana. Tähän vaaditaan paljon kärsivällisyyttä sairastuneelta ja omaisilta sekä hyvää yhteistyötä hoitavien tahojen kanssa ennen kuin hoidon tulokset vihdoin alkavat näkyä. Myös 10–15 vuottakin sairastaneilla ovat hyvät toipumisen mahdollisuudet, joten ei pidä luovuttaa sairauden missään vaiheessa. (Keski-Rahkonen 2010, 62, 64.)

”Syömishäiriöhelvetin ovet ovat nimittäin lukossa sisäpuolelta. Koska avaimet ovat kadoksissa, poispääsy on työn ja tuskan takana. Oven ulkopuolelta voidaan kyllä kannustaa ja hუudella ohjeita, mutta loppujen lopuksi sairastunut ihminen joutuu kuitenkin itse etsimään avaimet ja avaaman lukot.” (Hällström 2009, 16.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUS- TEHTÄVÄT

Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvata nuorten kokemuksia ravitsemuksesta ja ravitsemukseen liittyvistä ongelmista sekä ratkaisuksista. Tavoitteena on saada nuorten kuvaamaa tietoa ravitsemuksesta, ravitsemukseen liittyvistä valinnoista ja ratkaisuksista. Tavoitteena on myös saada nuorten näkemyksiä avun hakemisesta. Nuorten kuvaamaa tietoa voidaan hyödyntää syömishäiriöiden ennaltaehkäisemisessä.

Opinnäytetyön teorialla ja tutkimuksella tuotettua tietoa voidaan myös hyödyntää perehdyttämällä sekä antamalla tietoa anoreksiasta ja tuoda julki nuorten ajatuksia sekä kokemuksia. Tutkimusta voidaan hyödyntää omassa oppimisessa, terveysalalla, kuten terveydenhoitajat, sekä muilla aloilla, joissa työskennellään nuorten parissa. Anoreksian riskitekijöiden tunnistaminen auttaa ennaltaehkäisemään häiriöitä, jolloin nuorten kanssa työskentelevillä on tärkeää oppia tuntemaan häiriön luonnetta sekä tunnistamaan syntymiseen vaikuttavia riskitekijöitä. Erilaisten tukitoimien ja riittävän tiedon perusteella pystytään tällöin ehkäisemään häiriöitä tai vaikuttamaan nopeasti sairauden kulkuun ja parempaan ennusteeseen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Mikä merkitys ravitsemuksella on? Kuinka nuori huolehtii ravitsemuksesta?
2. Mikä on nuoren käsitys siitä mitä tapahtuu, jos ravitsemuksesta ei huolehdi?
3. Mitkä asiat vaikuttavat siihen, että ravitsemuksen kanssa tulee vaikeuksia/ongelmia?
4. Mistä nuoret hakisivat apua, jos ravitsemuksessa tulee vaikeuksia/ongelmia?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Tutkimus perustuu kvalitatiiviseen eli laadulliseen tutkimukseen. Karkeimmillaan laadullinen tutkimus ymmärretään yksinkertaisesti aineiston ja analyysin muodon kuvaukseksi ei-numeraaliseksi. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään ihmisten omin sanoin kirjallisesti ja suullisesti tuottamaa aineistoa tai sellaista kirjallisessa muodossa olevaa aineistoa, joka perustuu tutkijan ihmisten käyttäytymisestä tekemiin havaintoihin. Laadulliseen tutkimukseen sisältyy siis joukko erilaisia tulkinnallisia tutkimuksia ja luonnollisissa olosuhteissa toteutuvia tutkimuksia. Lähtökohtana tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaamista ja tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157; Metsämuuronen 2008, 9; Eskola & Suoranta 1996, 9; Remes & Sajavaara 2009, 160–161.)

Laadullinen tutkimus kohdistuu enemmän prosessiin kuin produktioon (eli tuotokseen), koko ympäristöön eikä siitä eristettyihin yksittäisiin muuttujiin, uuden oivaltamiseen eikä aikaisempiin tutkimuksiin pohjaavien näkemysten todentamiseen. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita. Laadullinen tutkimus soveltuu esimerkiksi kun ollaan kiinnostuneita enemmän tapahtumien yksityiskohtaisesta rakenteesta kuin niiden yleisluonteesta ja jakaantumisesta, halutessa tutkia luonnollisia tilanteita, joita ei voida järjestää eksperimentiksi eli kokeellisesti tai, joissa ei voida kontrolloida niihin vaikuttavia tekijöitä tai halutessa saada tietoa tiettyihin tapauksiin liittyvistä syy-seuraus suhteista. (Hirsjärvi ym. 2007, 157; Metsämuuronen 2008, 9; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160–161.)

4.2 Tutkimuksen osallistujien valinta

Tutkimukseen haastateltavien määrä riippuu aina tutkimuksen tarkoituksesta. Kannattaa haastatella niin monta ihmistä kuin on välttämätöntä, jotta saadaan tarvitsema tieto. Tu-

lee harkita huolellisesti, miten monta henkilöä tai ryhmää valitaan tutkimuksen kohteeksi. Laadullisesti suuntautuneessa tutkimuksessa on tapana puhua otoksen sijasta harkinnanvaraisesta ja tarkoitukseen sopivasta näytteestä, koska tilastollisten yleistysten sijasta pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään jotakin tapahtumaa tai toimintaa syvällisemmin, saamaan tietoa jostakin paikallisesta ilmiöstä tai etsimään uusia teoreettisia näkökulmia tapahtumia ilmiöihin. Täten periaatteessa laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietäisivät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä olisi kokemusta asiasta. Tällöin muutamaa henkilöä haastatteleamalla voidaan saada jo merkittävää tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 58–59; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86.)

Haastateltavien määrä laadullisessa tutkimuksessa on yleensä joko liian pieni tai liian suuri. Jos joukko on liian pieni, aineistosta ei voi tehdä tilastollisia yleistyksiä tai testata ryhmien välisiä eroja. Jos taas joukko on liian suuri, aineistosta ei voi tehdä syvällisiä tulkintoja. Laadullisesti keskittyminen yhteen tapaukseen antaa mahdollisuudet tutkia yksityiskohtia, jolloin esimerkiksi voidaan selvittää spesifisten toimintojen yhteyttä olosuhteisiin sekä tilanteisiin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 58–59.)

4.3 Haastattelu aineiston keruumenetelmänä

Haastattelussa toinen ihminen kysyy toiselta hänen omista ajatuksista. Haastattelu on siis vuorovaikutuksellista, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Se on ennalta suunniteltua ja on luonteeltaan haastattelijan aloitteesta tapahtuvaa. Tyypillisesti haastattelija joutuu pitämään keskustelua yllä ja motivoimaan haastateltavia. Haastattelijan on tunnettava roolinsa ja haastateltavan on luotettava, että hänen kertomiaan asioita käsitellään luottamuksella. Haastattelu on vuorovaikutusta, jolloin molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Kaikki henkilöiden fyysiset, sosiaaliset ja kommunikaation liittyvät tekijät vaikuttavat haastattelutilanteeseen. (Eskola & Suoranta 1998, 86.)

Nuoria haastateltaessa korostuu motivoinnin merkitys. Nuoret ovat yleisesti erityisen herkkiä sille, jos haastattelu edustaa heidän kapinoimiaan instituutioita kuten koulua tai

vanhempia. Tätä vaikutelmaa voi korostaa, jos haastattelu tapahtuu kouluaikana. Myös tämän vuoksi haastatteluun osallistuminen voi olla nuorelle vain keino päästä tunnilta pois, jolloin vastaukset voivat olla niukkoja tai ylimalkaisia. Nuoruuteen kuuluu etäännyminen aikuisten maailmasta, tällöin nuoret eivät halua, että heidän asioitaan udellaan. Onnistuneen haastattelun eteen on saatava nuoret tutkimuksen puolelle. On tärkeää, että nuorelle tulee tunne, että hänen mielipiteensä asiasta on tärkeä ja siitä ollaan aidosti kiinnostuneita. Haastattelu tulisi tehdä rauhallisessa paikassa ilman vanhempia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 132.)

Ryhmähaastattelu tarkoittaa haastattelua, jossa paikalla on samalla useita haastateltavia. Tavoitteena on ryhmäkeskustelu tutkijan haluamasta aiheesta tai teemoista. Voidaan erottaa ainakin kaksi ryhmähaastattelun käyttötarkoitusta ja -tapaa. Ryhmähaastatteluun voidaan käyttää yksilöhaastattelun sijasta. Kun haastateltavien voidaan olettaa esimerkiksi jännittävän haastattelijaa niin paljon, että yksilöhaastattelusta ei syntyisi toimivaa tapahtumaa, ryhmähaastattelussa haastateltavat saavat toisistaan tukea. Ryhmähaastattelussa saatetaan myös saada tietoa tavallista enemmän, koska osallistujat voivat yhdessä muistella, herättää muistikuvia, tukea sekä rohkaista toisiaan. (Eskola & Suoranta 1999, 95.)

Lomakehaastattelu soveltuu käytettäväksi aineiston keruuseen silloin, kun halutaan testata valmiiksi olemassa olevia muodollisia hypoteeseja tai selvittää kvalitatiivisten tulosten yleistettävyyttä. Se on hyvä myös silloin kun aineisto halutaan kvantifioida helposti. Lomakehaastattelua voidaan käyttää, kun tutkija tietää etukäteen minkälaista tietoa haastateltavat voivat antaa. Se sopii mainiosti silloin, kun esimerkiksi postikyselyllä saataisiin huono osallistumisprosentti. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 44–45.)

Tässä opinnäytetyön tutkimuksessa käytettiin ryhmähaastattelua käyttäen apuna lomakkeita. Analysointi suoritettiin lomakkeisiin kirjattujen vastausten perusteella. Yhteistyökoulun opettajat auttoivat haastatteluluokan valinnassa, jotta valituksi tuli sellainen ryhmä, joka mahdollisesti tuottaisi aineistoa riittävästi. Kohderyhmän ikä otettiin huomioon tutkimusmenetelmää valittaessa. Haastatteluluokan valintaan vaikutti myös, että

kohderyhmällä oli terveystiedontunneilla läpi käyty syömishäiriöitä. Ryhmähaastattelun päädyttiin sen vuoksi, että nuorilla olisi pienempi kynnys tuoda oma rehellinen mielipide julki, kuin että olisi haastateltu oppilaita yksittäin kasvotusten. Vastaukset ohjattiin antamaan kirjallisena.

Tutkimusaineisto kerättiin eräässä kaupungin koulussa, jossa tutkimuskohteena oli yksi yläkoulun kahdeksannes luokka. Luokalla oli 17 oppilasta, joista 14 oli poikia ja 3 tyttöä. Aineisto kerättiin loppu syksystä 2012. Tutkimuksen aineisto tuotettiin koulussa, luokkahuoneessa. Oppilaat jaettiin viiteen ryhmään. Haastattelukysymykset oli tulostettuna papereille, jotka jaettiin kaikille ryhmille (liite 1.). Oppilaat tuottivat aineistoa kirjallisesti haastattelukysymyksiin vastaten. Oppilaita kannustettiin keskustelemaan kysymyksistä heränneistä ajatuksista ja kirjaamaan ne ylös. Vastausaika jaettiin niin, että jokaiselle kysymykselle oli erikseen oma aika vastata. Tällöin ryhmät työstivät samaan aikaan samaa kysymystä. Tarvittaessa oppilaiden kanssa keskusteltiin kysymyksestä ja sen tarkoituksesta sekä kannustettiin tuomaan rohkeasti mielipiteitään ja ajatuksiaan julki. Vastaamiseen oli varattu runsaasti aikaa ja eteneminen seuraaviin kysymyksiin tapahtui, kun oppilaat olivat saaneet edellisen kysymyksen vastaukset valmiiksi. Kaikkiin kysymyksiin vastaaminen kesti reilun tunnin ajan.

4.4 Aineiston analysointi

Tutkimuksen aineisto on kuvaus tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä. Analyysitavan valintaan ei ole olemassa selvää ja yksiselitteistä ohjetta vaan aineiston käsittelytapa vaihtelee eri tutkimuksissa. Analyysitavoista yksikään tapa ei sinänsä ole toista parempi. Lähestymistavan valinnassa on kyse tarkoituksenmukaisuudesta, joka on tutkimuskohdasta. Valittu analyysitekniikka riippuu tutkimuksen tavoitteista ja siitä, millaiseksi tutkimuksessa hyödynnettävän aineiston kokonaisuus lopulta muodostuu. Aineiston analyysin tarkoitus on luoda aineistosta kokonaisuus, jonka avulla on mahdollista tuottaa tulkinta sekä tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Analyysin tekemiseen liittyy itse analysointi sekä synteessin tekeminen. Analyysivaiheessa aineistoa voidaan eritellä,

tiivistää ja luokitella. Synteesin tekemisen tavoitteena on luoda kokonaiskuva aineistosta sekä esittää tutkimuskohde uudesta näkökulmasta. (Puusa & Juuti 2011, 115–116.)

Sisällönanalyysiprosessi on monivaiheinen. Prosessiin kuuluu analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston kategorisointi sekä tulkinta. Edellä kuvatut vaiheet esiintyvät samanaikaisesti ja tulkintaa tapahtuu koko prosessin ajan. Sisällönanalyysin tavoitteena on järjestää aineisto aluksi tiiviiseen ja selvään muotoon kadottamatta sen sisällä olevaa informaatiota. Kyseisellä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetystä ja yleisessä muodossa. Tällöin analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä selviä sekä luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Tällöin aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Puusa & Juuti 2011, 117; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 108.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin sisällönanalyysia, joka toteutettiin tutkimuskysymyksien teemoihin liittyen aineistolähtöisesti, jolloin pyrittiin luomaan tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden. Analyysin päättelyprosessin muotona käytettiin deduktiivistä päättelyn logiikkaan. Aineistolähtöisessä analyysissä analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä, jolloin aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla tutkivasta ilmiöstä ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 99.) Tutkimuksessa sisällönanalyysi tehtiin tutkimuskysymysten pohjalta, jolloin jokaiseen kysymykseen etsittiin vastaus sisällönanalyysivaiheiden kautta.

Aineiston pelkistämisvaiheessa eli redusoinnissa analysoitava informaatio voi olla auki- kirjoitettu haastatteluaineisto, muu asiakirja tai dokumentti, jota pelkistetään niin, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen voi olla joko informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan aineistoa pelkistetään litteroimalla tai koodaamalla tutkimustehtävälle olen-

naiset ilmaukset. Alkuperäiset informaatiosta haetut ilmaukset kirjataan aineistosta haetuilla ilmauksilla, joista käytetään käsitettä ”aineiston pelkistäminen”. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.) Analysoitava informaatio eli ryhmien työstetyt kirjalliset vastaukset kirjoitettiin uudelle dokumentille Wordilla. Word-tiedosto tulostettiin ja aineistosta haettiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Vastaukset alleviivattiin erivärisillä kynillä.

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta etsitään eroavaisuuksia ja/tai samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Tämän lisäksi koodatut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi. Yhteneväiset eli samankaltaiset käsitteet ryhmitellään sekä yhdistetään luokaksi, joka nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Näin aineisto tiivistyy yksittäisten tekijöiden sisällyttäessä yleisempiin käsitteisiin. Ryhmittelyssä luodaan tutkimuksen perusrakenteelle pohja sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Analysoitavan aineiston läpikäymisen ja vastauksien hakemisen jälkeen kerättiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavat käsitteet listaksi. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet jaettiin alakategorioihin.

Klusteroinnin jälkeen on aineiston abstrahointi, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto sekä valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämisessä aloitetaan alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista ja edetään teoreettisiin käsitteisiin sekä johtopäätöksiin. Seuraavaksi jatketaan käsitteellistämisessä yhdistelemällä luokkia niin kauan kuin se on mahdollista aineiston sisällön näkökulmasta. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimustehtävään vastaus saadaan, kun yhdistellään käsitteitä. Sisällönanalyysi pohjautuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään kohti käsitteellisempää näkemystä empiirisen aineiston kautta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–112.) Kun tutkimuksen käsitteet oli jaettu alakategorioihin, jatkettiin luokittelun yhdistelemistä yläkategorioihin ja sitä kautta lopuksi pääluokkaan/yhdistävään luokkaan. Tätä kautta saatiin jokaiseen tutkimuskysymykseen vastaus.

Liitteistä löytyy yksi esimerkki aineiston analysoinnin vaiheista (liite 6). Esimerkissä on lähdetty hakemaan vastauksia vähäisen syömisen seurauksista. Oppilaiden vastauksista

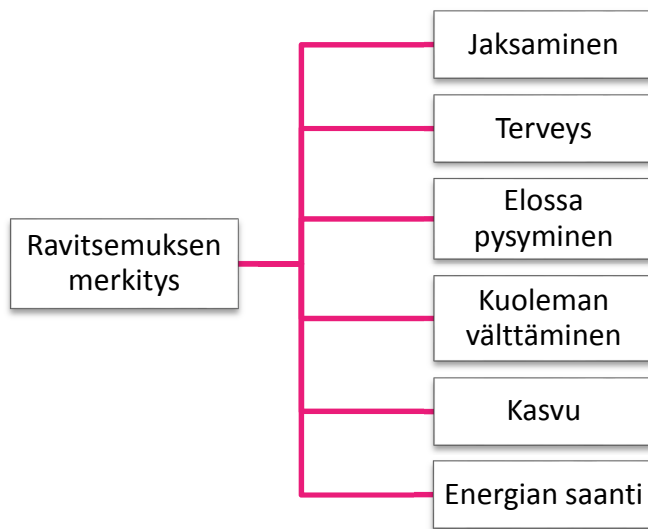
oli muun muassa seuraavat lauseet: ”ei jaksa mitään eli väsy”, ”se aiheuttaa myös väsymystä” sekä ”jos en syö niin väsyn”. Nämä kohdat alleviivattiin oppilaiden vastauksista ja pelkistettiin väsymiseksi. Saman lailla pelkistettiin vastauksista seuraavat asiat: kiukkuisuus, ärtymys, levottomuus, keskittymishäiriöt sekä elämisen nauttimisen vaikeus. Pelkistetyt ryhmät yhdistettiin alakategoriaan ”psykkiset vaikeudet”. Psykkisten vaikeuksien lisäksi alakategorioihin muodostui kuolema, sairaudet, laihtuminen ja kehitys. Nämä alakategoriat yhdistettiin taas yläkategoriaan ”syömättömyys”. Yhdistävänä eli pääkategoriana oli vähäisen syömisen seuraukset, mikä nousee tutkimus kysymyk-
sistä ja mille vastauksia lähdettiin aineistosta hakemaan.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Nuorten kokemuksia ravitsemuksesta ja ravitsemukseen liittyvistä ratkaisuksista tutkimustuloksiksi muodostui neljä pääluokkaa, jotka olivat ravitsemuksen merkitys ja ravitsemuksesta huolehtiminen, vähäisen syömisin seuraukset, vähäisen syömisin taustekijät sekä avun hakeminen. Tutkimustulokset saatiin sisällönanalysoinnin avulla. Sisällönanalyysiä ohjasivat teemoina toimineet tutkimuskysymykset, joihin etsittiin vastauksia. Tutkimuksen tulokset käydään läpi tutkimuskysymyksien asetetussa järjestelyssä.

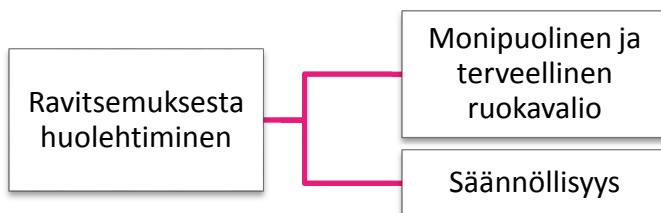
5.1 Ravitsemuksen merkitys ja ravitsemuksesta huolehtiminen

Tutkimuksessa käy ilmi, että ravitsemuksella on monia merkityksiä nuorille. Lähes kaikissa ryhmissä ensimmäisenä esille tulee ravitsemuksen merkityksenä jaksaminen ja ihmisen perustarve. Yleisen jaksamisen lisäksi, jaksamisena nuoret käsittävät koulussa sekä opiskelussa jaksamisen ja liikkumisen. Toistuvasti tulee ilmi myös, että hyvän ravitsemuksen avulla pysyy hengissä ja saa ruuasta tarvittavan energian. Nuoren luonnollinen kasvu ja kehitys ovat riippuvaisia hyvästä ravitsemuksesta. Nuorille hyvä ravitsemus merkitsee terveyttä ja terveenä pysymistä. Lähes kaikki ryhmät ovat maininneet myös kuoleman välttämisen hyvän ravitsemuksen myötä. Seuraavassa kuviossa on esiteltynä ravitsemuksen merkitys nuorille alaluokittain.



KUVIO 1. Ravitsemuksen merkitys nuorille

Tutkimustuloksien mukaan nuoret huolehtivat ravitsemuksestaan syömällä mahdollisimman säännöllisesti ja monipuolisesti terveellistä ruokaa. Säännöllisyys on käsitetty lähinnä niin, että täytyy syödä viisi kertaa päivässä. Lähes jokaisessa ryhmässä on mainittu säännöllisyys, jolloin tämä koetaan tärkeäksi osaksi ravitsemuksesta huolehtimista. Monipuoliseen ja terveelliseen ruokavalioon kuuluu myös riittävä syöminen ja nesteiden nauttiminen. Nuorten mukaan ylensyöntiä ja liiallista ”roskaruokaa”, sokeria ja rasvaista ruokaa tulee välttää, mutta joskus saa myös herkutella. Tutkimuksessa käy myös ilmi, että oman ravitsemuksen huolehtimisen lisäksi tulisi huolehtia myös muista. Seuraavassa kuviossa on esiteltynä ravitsemuksesta huolehtiminen alaluokittain.

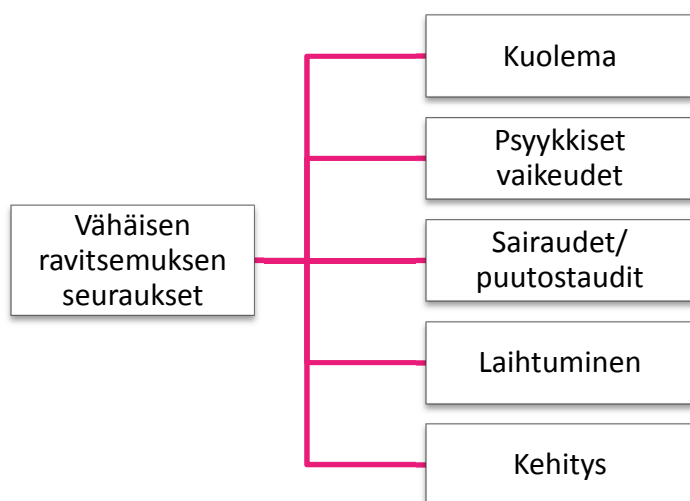


KUVIO 2. Ravitsemuksesta huolehtiminen

”Huolehdimme syömisestä syömällä monipuolisesti, terveellisesti ja säännöllisesti sekä syömällä tarpeeksi mutta ei liikaa.”

5.2 Vähäisen ravitsemuksen seuraukset

Nuorten käsityksien mukaan vähäisen ravitsemuksen ja yksitoikkoisesta ruokavaliosta seuraa puutosoireita ja sairauksia, koska elimistö ei saa tarvittavia ravintoaineita. Puutostauteina ja sairauksina mainitaan osteoporoosi, anemia, ihon kunnon heikkeneminen, kalpeus, sekä lopulta elimistön toimimattomuus ja kuolema. Myös murrosikäisen kasvu heikkenee ja hidastuu sekä tulee painonmuutoksia, kuten laihtuu. Vähäinen syöminen aiheuttaa psyykkisiä ongelmia, joita ovat muun muassa väsymys, keskittymishäiriöt, kiukkuisuus/ärtymys ja levottomuus. Näiden vaikutuksien myötä nuoret ovat ajatelleet, että myös elämästä nauttiminen heikkenee. Seuraavassa kuviossa on esiteltynä vähäisen ravitsemuksen seuraukset alaluokittain.



KUVIO 3. Vähäisen ravitsemuksen seuraukset

”...jos et huolehdi syömisestä, terveys kärsii, mikä voi johtaa kuolemaan.”

”Jos ei saa tarpeeksi ravintoaineita niin elimistö ei toimi kunnolla.”

5.3 Taustatekijät vähäiseen ravitsemukseen

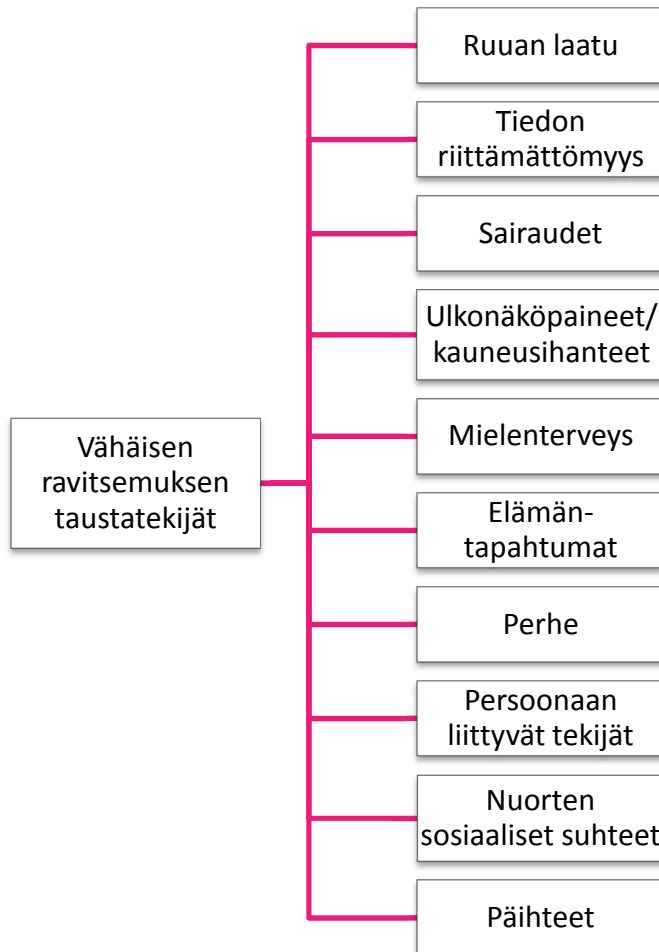
Tutkimustuloksina vähäiseen ravitsemukseen vaikuttaa ruuanlaatu, tiedon riittämättömyys, sairaudet, ulkonäköpaineet ja ihanteet, elämäntapahtumat, päihteet, perhe ja sosiaalisuhteet, kuten ystävät. Ruuanlaatu on yksi keskeisistä tekijöistä liian vähäiseen syömiseen. Huonolla ruuanlaadulla nuoret ovat tarkoittaneet einesruokia sekä kouluruokia. Liian vähäinen tieto monipuolisesta ja terveellisestä ruokavaliosta voi vaikuttaa siihen, että ei syö riittävästi ja monipuolisesti. Aiemmat ruokailukokemukset ja ”nirsoisuus” vaikuttavat vahvasti myös ravitsemukseen. Ravitsemuksen ja syömisestä ongelmaa voi aiheuttaa myös oma välinpitämättömyys ravitsemuksesta kohtaan.

Ravitsemuksen ongelmiin vaikuttavat luonnolliseen elämään kuuluvat tapahtumat kuten omaisen kuolema, stressi ja kiire. Myös erilaiset kriisit elämässä vaikuttavat syömiseen, jolloin helposti jätetään syömättä. Mielenterveyden ja elämäntapahtumien vaikutukset olivat tutkimustuloksissa mainittu toistuvasti. Perheen vaikutukset, kuten vanhempien pitkät työajat aiheuttavat, että ruokaa ei ehditä kotona kunnolla valmistamaan ja turvautaan helposti eineksiin sekä epäterveelliseen ruokaan. Epäterveellinen ruoka taas aiheuttaa terveydessä hankaluuksia.

”...läheisen kuolema voi vaikuttaa syömiseen ettei joko syö ollenkaa tai syö paljon tavallaan niin kuin suruun.”

Jokaisessa ryhmässä mainitaan rahan merkitys, jolloin ei ole riittävästi rahaa ruokaan ja tämä aiheuttaa omalta osaltaan vaikeuksia. Allergiat ja sairaudet ovat osaltansa vaikuttamassa syömiseen. Sairauksista mainitaan syömishäiriöistä anoreksia. Anoreksian nuoret käsittävät vääristyneen kehonkuvan seurauksena johtuvasta laihdutuksesta. Nykyaikajan ihanteet vaikuttavat nuoriin. Huonoon kehonkuvaan voi vaikuttaa itsetunto-ongelmat, ulkonäköpaineet sekä sosiaalinen verkosto, esimerkiksi jos kaverit haukkuvat lihavaksi. Vähäinen syöminen vaikuttaa myös ruokailujen tasapainoon, jolloin esimerkiksi ihminen jättää ensin syömättä ja myöhemmin ahmii liikaa ruokaa. Sosiaalisella verkostolla kerrotaan olevan suuri merkitys syömiseen eli sillä kaveripiirillä, mihin nuo-

ri kuuluu. Seuraavassa kuviossa on esiteltynä vähäisen ravitsemuksen taustatekijät alaluokittain.



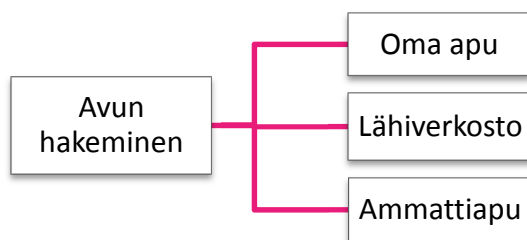
KUVIO 4. Vähäiseen ravitsemukseen vaikuttavat taustatekijät

”Nykyajan kauneusihanteet saavat ihmiset uskomaan, että vain laihuus on kaunista.”

5.4 Avun hakeminen

Apua ravitsemuksen ongelmiin nuoret hakisivat tarvittaessa lähipiiristä, esimerkiksi ystäviltä tai vanhemmilta sekä vakavissa ongelmatilanteissa ammattitaholta. Tutkimustuloksien mukaan nuorten mielestä vanhemmille kertominen mahdollisista ongelmista on tärkeää. Osa nuorista pyrki ensin auttamaan itse itseään, esimerkiksi elämäntapoja

säännöllistämällä ja pitämällä ruokapäiväkirjaa. Jos nuori itse ei pystyisi hallitsemaan tilannetta, nuoret kääntyisivät ystävien ja vanhempien puoleen. Vakavimmissa tilanteissa nuoret kääntyisivät kouluterveydenhoitajan puoleen. Myös lääkäri ja psykologi on mainittu. Aineiston mukaan nuoret ymmärtävät, että vakavassa tilanteessa apua tulee hakea ammattihenkilöltä. Jos henkilö ei itse ymmärrä vakavaa tilaansa, niin nuorten mukaan läheisten tulisi auttaa avun hakemisessa ja mahdollisesti järjestää ”sairastuneen” puolesta ammatillista apua. Seuraavassa kuviossa on esiteltyä avun hakeminen alaluokittain.



KUVIO 5. Avun hakeminen ongelmatilanteissa

”Vanhemmille on hyvä kertoa. Joskus voi olla vaikea kertoa vanhemmille asiasta, joten silloin ystävät ovat tärkeä tuki.”

”Erityisesti vakavissa tapauksissa, kuten syömishäiriöissä, on tärkeää hakea ammat-
tiapua.”

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena on ollut saada tietoa nuorten käsityksistä syömisestä ja siihen liittyvistä haasteista. Tarkoituksena on ollut saada selville keinoja, joilla pystyttäisiin vaikuttamaan syömishäiriöiden ennaltaehkäisyyn. Opinnäytetyö perustuu kvalitatiiviseen tutkimukseen, jossa tutkimustuloksien analysoinnissa on käytetty tutkimuskysymyksien teemojen mukaisesti aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tutkimuksen mukaan nuoret ovat hyvin tietoisia monipuolisesta ja terveellisestä ravitsemuksesta. Nuoret ymmärtävät ja tietävät sen, mikä merkitys on hyvällä ja terveellisellä ravitsemuksella sekä kuinka siitä kannattaa huolehtia. Nuorilla on tietoa huonon ravitsemuksen seurauksista ja heillä on erilaisia ongelmanratkaisukeinoja. Tutkimustulokset koostuvat yhden koululuokan oppilaiden vastauksista, jolloin valtakunnallisesti tulokset eivät ole kovin kaan mittavat. Kuitenkin kyseessä on laadullinen tutkimus, jolloin vastaukset perustuvat jokaisen omaan mielipiteeseen/kokemukseen ja näin ollen jokainen vastaus on merkittävä.

6.1 Tutkimustulosten pohdintaa aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen

Kouluikäiset nuoret tarvitsevat monipuolista ruokaa jaksamiseen, kasvuun sekä kehitykseen. Terveellisen ravitsemuksen parusta kouluikäiselle ovat lautasmalli, säännöllinen ateriarhythmi ja terveelliset välipalat. (Kouluikäisen ravitsemus 2013, hakupäivä 4.4.2013.) Nuorten ravitsemuksesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä tehdään säännöllisin väliajoin suomessa selvitystä Terveiden ja hyvinvointilaitoksen kouluterveyskyselyn yhteydessä. Viimeisin kouluterveyskysely tuo esille, että nuoret eivät hyödynnä ilmaista kouluruokailua täydellisesti, vaan suurin osa peruskouluikäisistä jättää monipuolisen ruoan syömättä. (Puusniekka 2011, hakupäivä 4.4.2013.) Myös yläkoululaisten ravitsemus ja hyvinvointi interventiotutkimuksessa tutkittiin peruskoululaisten 7.–8.-luokkalaisten ruokailutottumuksia ja kouluaiasta ruokailua. Tutkimuksen mukaan useimmat oppilaat kokivat, että koululounas vaikutti myönteisesti jaksamiseen. (Hoppu, Kujala, Lehtisalo, Tapanainen & Pietinen 2008, hakupäivä 4.4.2013.) Tutkimukses-

samme tulee esille, että nuoret tietävät, miten tulisi syödä oikein, mutta jos vertaa terveys ja hyvinvointi laitoksen kouluterveyskyselyyn, niin kaikkien nuorten osalta terveellinen ja monipuolinen ruokailu ei ole osa jokapäiväistä elämää. Tuloksissa nousi usein myös esille se, että hyvän ravitsemuksen myötä nuoret jaksavat käydä esimerkiksi koulua ja harrastaa erilaisia harrastuksia. Tuloksien mukaan nuoret ymmärtävät terveellisen ja monipuolisen ravitsemuksen myönteiset ja negatiiviset vaikutukset.

Maailmalla on tehty toisen maailmansodan aikaan tutkimus siitä, mitä ihmiselle tapahtuu, kun heitä pidetään nälässä. Nykypäivänä kyseinen tutkimus ei tietenkään ole enää mahdollista tutkimuseettisistä syistä. Kuitenkin ”näлкиinnyttämiskokeen” tutkimustulokset ovat selkeitä siitä, mitä ihmisille tapahtuu, kun hän ei yksinkertaisesti saa ruokaa. Aliravitsemuksen myötä koehenkilöille tuli ruuasta pakkomielle ja heidän elimistöisään tapahtuivat aliravitsemuksen aiheuttamat fyysiset ja psyykkiset muutokset. (Effects of Semi-starvation on Behaviour... 2011, hakupäivä 4.4.2013.) Nämä kyseiset muutokset tulevat ilmi myös anoreksiaan liittyvissä oireissa, joita on käsitelty tämän opinnäytetyön teoriaosuudessa luvussa 2.4 ja liitteissä 3–5. Tutkimustuloksissamme ilmeni myös, että mitkä seuraukset vähäisellä ravitsemuksella on. Tulosten perusteella nuorilla on realiteettinen käsitys siitä, mitä vähäinen ravitsemus voi aiheuttaa.

Duodecimin tuottaman katsausartikkelin mukaan syömishäiriöitä aiheuttavia tekijöitä on lukuisia. Sen mukaan liikuntaharrastukset, joissa tarkkaillaan painoa, voi aiheuttaa syömishäiriöön puhkeamisen. Perheellä on artikkelin mukaan oma vaikutuksensa. Esimerkiksi ristiriitojen välttämisen ja joustamattomuuden on todettu olevan vaikutusta. Myös käsittelemättömät traumat perheessä voivat vaikuttaa syömishäiriön puhkeamiseen. (Ruuska & Rantanen 2007, 4527–4532.) Tutkimuksessamme nuoret eivät tuoneet esille liikuntaharrastuksia tai kasvatuksellisia tekijöitä suhteessa mahdollisiin ravitsemuksen vaikeuksiin. Voi olla, että he eivät osanneet ajatella asiaa vanhempien kasvatuksen kautta, tai eivät halunneet jostain syystä tuoda niitä asioita ilmi. Traumojen vaikutuksen he toivat esille, joten näin ollen nuoret osaavat ajatella elämäntilanteiden vaikuttavan syömiseen. Oulun yliopistossa tehdyssä gradussa käy ilmi erityisesti nuorten tyttöjen ajattelevan, että tämän hetken kauneusihanne on alipainoinen keho. Kuitenkin

he sanoivat itse ihannoivan normaalipainoista kehoa. (Mikkola & Oinas 2007, hakupäivä 25.4.2013.) Samoja asioita, kuten esimerkiksi nykypäivän kauneusihanteet, tulivat myös esille tutkimustuloksissamme. Nuoret ajattelevat kaveripiirillä ja yleisellä kauneusihanteella olevan vaikutusta siihen, mikä on tavoiteltava vartalo.

Rasmus Isomaa on tutkinut vuonna 2010 syömishäiriöiden yleisyyttä ja siihen liittyviä tekijöitä. Tutkimuksesta käy ilmi epätyypillisten syömishäiriöiden olevan yleisimpiä. Joka kymmenes alle 18-vuotias on tutkimuksen mukaan kärsinyt tautiluokituksen mukaisesta syömishäiriöstä. Suurin riskitekijä syömishäiriön puhkeamiseen on tutkimuksen mukaan laihduttaminen masentuneen mielialan parantamiseksi. Sen mukaan varhainen puuttuminen parantaa taudin ennustetta merkittävästi. (Isomaa 2010, hakupäivä 25.4.2013.) Näin ollen syömishäiriöt ovat yleisiä nuorten keskuudessa, joten ilmiö on todennäköisesti monelle nuorelle tuttu. Sama asia kävi ilmi myös tutkimuksessamme. Masennuksen vaikutus ravitsemuksen ongelmiin tuli ilmi tutkimuksemme tuloksissa. Nuoret tietävät, että psyykinen tila voi vaikuttaa syömiseen ja mahdollisten ongelmien kehittymiseen.

Tällä hetkellä ei juuri ole kohdennettuja tutkimuksia siitä, mistä nuoret lähtisivät hakemaan apua ravitsemukseen liittyvissä ongelmatilanteissa. Tutkimuksia on pääsääntöisesti tehty hoidosta ja niihin pääsystä häiriökeskeisyyden eli sairastuneiden osa-alueelta, eikä niinkään ennaltaehkäisevästä näkökulmasta. Tutkimustuloksissamme esiintyi vahvasti nuorten oma perhe ja ystäväpiiri. Ammattitahoilta mainintaa oli muun muassa kouluterveydenhuollosta. Yleisesti ottaen terveyden ja hyvinvointilaitoksen kouluterveyskyselyn mukaan suurin osa peruskouluikäisistä koki terveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn helpoksi (Puusniekka 2011, hakupäivä 4.4.2013). Nuorten kokemus siitä, että terveydenhoitajan luokse on helppo päästä edes auttaa nuoria hakemaan neuvoa ja/tai apua kouluterveydenhuollosta, mikä taas edes auttaa terveydenalanammattilaisia varhaiseen puuttumiseen nuorten ravitsemuksen ongelmatilanteissa.

6.2 Tutkimustulosten johtopäätökset

Tutkimuksen ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä haettiin tietoa ravitsemuksen merkityksestä ja sen huolehtimisesta. Tulosten mukaan hyvä ravitsemus on hengissä pysymisen lähtökohta. Ravitsemuksen avulla jaksaa, ja se ylläpitää terveyttä. Se myös mahdollistaa kasvun ja kehityksen. Tulosten mukaan nuoret huolehtivat ravitsemuksestaan syömällä säännöllisesti monipuolista ja terveellistä ruokaa. Terveiden ja hyvinvointilaitoksen kouluterveyskyselyn (2011) mukaan peruskouluikäisistä tytöistä 30 % ja pojista 27 % jättää syömättä kouluruuan koulupäivän aikana. Yläkouluikäisistä nuorista 10 % syö korkeintaan kaksi lounasta viikossa. Peruskouluikäisistä nuorista noin 65 % ei syö lounaalla kaikkia aterianosia. Makeisten syönti koulupäivän aikana on laskussa sekä tyttöillä että pojilla. Vuoden 2011 kyselyn mukaan makeisia koulupäivän aikana syö pojista noin 27 % ja tytöistä 23 %. (Puusniekka 2011, hakupäivä 2.3.2013.) Näin ollen voidaan päätellä nuorten ymmärtävän hyvän ravitsemuksen merkityksen ja he tietävät kuinka huolehtia ravitsemuksesta. Kun verrataan tuloksia kouluterveyskyselyyn, niin käytännössä ravitsemuksen säännöllisyys ja monipuolisuus eivät toteudu merkittäväällä osalla koululaisista.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli selvittää nuorten käsityksiä huonon ravitsemuksen seurauksista. Tuloksissa käy ilmi, että pahimmassa tapauksessa syömättömyydestä seuraa kuolema. Ravitsemuksen puutteellisuus aiheuttaa nuorten mukaan myös laihtumista, sairauksia, puutostiloja ja psyykkisiä vaikeuksia. Aikaisemmin luvussa 2.4 ja liitteessä 3–5 on esitelty ravitsemuksen puutteesta aiheutuvia psyykkisiä ja fyysisiä oireita sekä puutosoireita. Teoriaan peilaten, nuoret ovat tietoisia, mitä ravitsemuksen puutteellisuus voi aiheuttaa.

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli selvittää syömiseen negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä. Tulosten mukaan vaikuttavia tekijöitä voivat olla perhe, elämäntapahtumat, sairaudet ja mielenterveys. Vaikuttavia tekijöitä ovat myös persoonallisuuteen liittyvät tekijät, nuorten sosiaaliset suhteet sekä ulkonäköpaineet/kauneusihanteet. Puutteelliseen ravitsemukseen voivat vaikuttaa tiedon riittämättömyys ja ruuan laatu. Nuoret toivat

esille tärkeitä tekijöitä, jotka voivat olla vaikuttamassa ravitsemuksen ongelmiin. Myös useita tekijöitä esiintyy syömishäiriöiden yhteydessä. Anoreksian syntymistä ja siihen liittyviä tekijöitä on tutkittu paljon. Sairauden syntyyn on liitetty useita eri teorioita, jotka voivat ainakin osakseen selittää syy-seuraussuhteita. Esimerkiksi Hällströmmen mukaan syömishäiriöiden taustalla olevista asioista voidaan eritellä altistavat ja laukaisevat tekijät, sekä lisäksi voidaan puhua myös sairautta ylläpitävistä tekijöistä. Hällströmmen mukaan eri tekijöiden tunnistaminen sekä erottaminen korostuvat silloin, kun mietitään, voiko syömishäiriötä ehkäistä ja jos voi, niin kuinka. Usein altistavat tekijät ovat hyvin arkipäiväisiä asioita, kuten erilaisia tapoja, tottumuksia ja malleja, joita ihminen omaksumi jopa tiedostamatta. (Hällström 2009, 14). Altistavat tekijät voivat olla myös sellaisia, joihin ihmisenä itse emme välttämättä pysty vaikuttamaan. Laukaisevat tekijät taas puolestaan ovat yleensä ennalta arvaamattomia kriisejä. Kuitenkin esimerkiksi sairauden ylläpitäviin tekijöihin voidaan kiinnittää huomiota, oppia niitä tunnistamaan ja samalla ennaltaehkäisemään sekä hoitamaan sairastunutta.

Neljäntenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää nuorten keinoja hakea apua syömiseen liittyviin ongelmiin tarvittaessa. Tuloksien perusteella nuoret pyrkivät käyttämään ensisijaisesti omia apukeinoja, kuten esimerkiksi pitämällä ruokapäiväkirjaa. Tulosten mukaan ongelmien jatkuessa nuoret hakevat apua lähiverkostosta tai terveydenhuollon ammattilaiselta. Terveyden ja hyvinvointilaitoksen kouluterveyskyselyn (2011) mukaan peruskouluikäisestä 13 % koki terveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn vaikeaksi. Samaisen tutkimuksen mukaan peruskouluikäisesti tytöistä noin 38 % ja pojista noin 39 % ajatteli, että opettajia kiinnostavat oppilaiden ”kuulumiset”. (Puusniekka 2011, hakupäivä 2.3.2013.) Tutkimustuloksissa yli puolet oppilaista on maininnut ottavansa yhteyttä kouluterveydenhoitajaan sekä myös kouluterveyskyselyn mukaisesti suurin osa peruskoululaisista kokee pääsevänsä suhteellisen helposti terveydenhoitajan vastaanotolle, jolloin kouluterveydenhoitajalle pääsy on helppoa, mutta oppilaat eivät välttämättä hyödynnä sitä. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa on yllättävää, että apua haettaessa kukaan oppilaista ei hakisi apua opettajalta. Myös kouluterveyskyselyn mukaan jopa yli puolet oppilaista ajattelee, ettei opettajia kiinnosta, mitä oppilaille kuuluu.

Kuten aikaisemmin luvussa ”2.5. anoreksian ennaltaehkäisy, hoito ja parantuminen” tulee esille, että Suomessa on kattava terveydenhuoltojärjestelmä, jossa seurataan lasten kasvua ja kehitystä tiiviisti syntymästä lähtien. Kouluterveydenhuollolla on tärkeä rooli nuorten terveysongelmien ehkäisemisessä ja varhaisessa havaitsemisessa. Oppilaiden vietettyä koulussa monia tunteja, mahdollistaa oppilaiden tuntemisen, jolloin saadaan hyvät mahdollisuudet myös tunnistaa muutoksia oppilaan olemuksessa tai käyttäytymisessä jo varhain. Suuriin kouluihin verraten pienemmät koulut ovat tässä kenties paremmassa asemassa, jolloin myös kouluterveydenhoitaja oppii tuntemaan oppilaat paremmin. Myös vuosia toiminut sama ammattitaitoinen kouluterveydenhoitaja ja hänelle riittävästi osoitettu työaika koululle mahdollistaa parempaan ennaltaehkäisyyn. Koulussa toimivien ammattilaisten, kuten opettajien ja kouluterveydenhoitajien on erityisen tärkeää tietää anoreksiaan kuuluvat oireet ja niiden tunnistaminen. Ilman tietoa ja taitoa tunnistaa anoreksiaan vaikuttavista tekijöistä, on mahdotonta sairautta myös ennaltaehkäistä.

Tieto kouluterveydenhoitajalle nuoren mahdollisista vaikeuksista tai sairastumisesta anoreksiaan voi tulla tietoon myös huoltajilta tai sisaruksilta. Vanhempien rooli on erityisen tärkeä. Useat nuoret toivat tutkimustuloksissa ilmi, että heille lähiverkostossa vanhemmat olivat tärkeitä sekä he kertoisivat mahdollisista ongelmista vanhemmilleen. Jos perheenjäsenet huomaavat nuoren käytöksen muuttuneen tai nuori on omaksunut esimerkiksi outoja ruokailutapoja, kannattaa asiasta avoimesti keskustella nuoren kanssa ja kuunnella häntä. Vuorovaikutuksessa nuoren kanssa on tärkeää osoittaa, että häntä kuunnellaan ja hänen mahdolliset vaikeudet otetaan vastaan. Usein ulkopuolinen ihminen, kuten muut perheenjäsenet, huomaa parhaiten nuoren käytöksen muutokset kuin nuori itse. Mitä varhemmin nuoren muuttunut käytös huomataan, sitä nopeammin nuorta päästään auttamaan. Nopea tilanteeseen puuttuminen taas ennaltaehkäisee vakavamman sairauden pahenemista. Luvussa 2.5. on tarkemmin käsitelty omaisten/perheenjäsenten näkökulmaa nuoren sairastuttua anoreksiaan.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija on tutkimuksen olennainen tutkimusväline. Realistisessa luotettavuusnäkökymyksessä olisi tärkeä pyrkiä tutkimustekstissä kertomaan mahdollisimman tarkasti siitä, mitä aineiston keräyksessä ja sen jälkeen on tapahtunut. Metodikirjallisuudessa tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään validiteetin ja reliabiliteetti käsittein. Tutkimuksen teossa voidaan puhua luotettavuuden lisäksi myös laaduntarkkailusta, esimerkiksi kun kyseessä on haastattelu, laatua tulisi tarkkailla tutkimuksen eri vaiheissa. Pääasiallisin luotettavuuden kriteeri on kuitenkin tutkija itse ja näin ollen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 1997, 168–169; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136; Hirsjärvi & Hurme 2008, 184; Eskola & Suoranta 1999, 211.)

Validiteetti tarkoittaa käsitteenä, että tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu. Validiteettikäsite jaetaan ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Sisäisellä validiteetilla eli pätevyydellä viitataan tutkimuksen teoreettisten sekä käsitteellisten määrittelyjen sopusointuun. Tällöin teoreettis- filosofisten lähtökohtien, käsitteellisten määritteiden kuin menetelmällisten ratkaisujenkin täytyy olla loogisessa suhteessa keskenään. Sisäinen validiteetti näyttää tutkijan tieteellisen otteen ja tieteenalansa hallinnan voimakkuutta. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tehtyjen tulkintojen, johtopäätösten ja aineiston välisen suhteen pätevyyttä. (Eskola & Suoranta 1997, 168–169; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.)

Reliabiliteetti tarkoittaa käsitteenä tutkimustulosten toistettavuutta. Toistettavuudella tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että tutkittaessa henkilöä saadaan kahdella tutkimuskerralla sama tulos tai kaksi arvioitsijaa päätyy samanlaiseen tulokseen. Reliabiliteettiin voivat vaikuttaa useat seikat, kuten haastateltavan ajassa tapahtuvat muutokset, jolloin vaihtelut eri tutkimuskerroilla on mahdolliset tai kahden eri arvioijan omat kokemukset, jotka vaikuttavat heidän tulkintaansa. Voitaisiin ehkä ajatella sellaista reliaabeliuden määäämistä, jossa kaksi arvioijaa keskustelemalla päätyy luokituksesta yksimielisyyteen. Aineiston sanotaan olevan reliaabeli myös silloin, kun se ei sisällä ristiriitai-

suuksia. Reliabiliteetin tarkistamiseen on kolmenlaisia keinoja, kuten indikaattorien vaihto, useampi havainnointikerta ja useamman havainnoitsijan käyttäminen. Indikaattoreiden vaihto tarkoittaa ilmiön yhdenmukaisuuden todistamista eri tavoin. Reliabiliteetin määrittämistapoihin ja niiden käyttöön tulisi kuitenkin suhtautua tietyn varauksin. (Eskola & Suoranta 1997, 168–169; Hirsjärvi & Hurme 2008, 186.)

Laadullista luotettavuutta voidaan arvioida myös seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. *Uskottavuudella* tarkoitetaan tutkimusten ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. *Vahvistettavuus* liittyy koko tutkimusprosessiin. Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus voi olla ongelmallinen kriteeri, koska välttämättä toinen tutkija ei päädy samaan tulkintaan samasta aineistosta. Todellisuuksia voi olla monia ja ne hyväksytään laadullisessa tutkimuksessa. *Refleksiivisyys* edellyttää tutkimuksen tekijän tietoutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tekijän on arvioitava, kuinka hän on vaikuttanut aineistoonsa sekä tutkimusprosessiinsa ja kuvata nämä lähtökohdat tutkimusraporttiin. *Siirrettävyys* tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä joihinkin muihin vastaaviin tilanteisiin, jolloin tutkijan on annettava esimerkiksi riittävästi kuvailtavaa tietoa tutkimuksen osallistujista sekä ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.)

Vahvistettavuus on laadullisissa tutkimuksissa yleensä hankala kriteeri, kuten tässäkin tutkimuksessa. Vaikka tutkimusprosessi on kirjattu tarkasti, jotta toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua, on hyvin mahdollista, että toinen tutkija ei päätyisi välttämättä samaan tulkintaan samasta aineistosta. Kuitenkin laadullisissa tutkimuksissa tämä hyväksytään. Mahdollisia häiriötekijöitä ryhmähaastattelun aikana ovat voineet olla motivaation puute, keskittymisvaikeudet sekä luokan keskeiset sosiaaliset suhteet. Nuorilla oli riittävästi aikaa vastata kysymyksiin, joten esimerkiksi ajanpuute ei ole vaikuttanut negatiivisesti tutkimustuloksiin. Virhetulkintoja haastattelussa on pyritty välttämään, niin että ryhmähaastattelun aikana kierrettiin luokassa ja muistutettiin nuoria keskustelemaan käsiteltävästä aiheesta. Ryhmien ohjaamisessa vastaamaan haastattelukysymyk-

siin on johdateltu haastattelukysymyksien aiheeseen. Johdattelu pyrittiin tekemään niin, ettei se vaikuttaisi nuorten vastauksiin sekä tämän myötä tutkimustuloksiin. Tutkimustilanteessa kannustettiin nuoria tuomaan omia ajatuksia esille, ja korostettiin, että juuri niitä tutkimuksessa ollaan hakemassa. On kuitenkin mahdollista, että nuoret ovat vastanneet kysymyksiin niin, kuin he ovat kuvitelleet meidän haluavan heidän niihin vastaavan.

Luotettavuutta lisäten tutkimuksen analysointivaiheet on kerrottu mahdollisimman tarkasti sekä esimerkki analysoinnista löytyy liitteistä 6. Tutkimusta ovat koko ajan ohjanneet tutkimuskysymykset. Tutkimustuloksiin on nostettu esille suoria lainauksia tutkimusaineistosta lisäämään luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuteen voivat vaikuttaa olennaisesti kielelliset ilmaukset, joista on tehty tulkintoja.

6.4 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettisyys on tutkimuksen luotettavuuden toinen puoli. Tutkimusetiikkaan sisältyy lukuisia valinta- ja päätöksentekotilanteita, joita tutkimuksen tekijän tai tekijöiden on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa. Ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa tärkeimpinä eettisinä periaatteina on yleensä informointiin perustuva suostumus, luotamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. Eettiset kysymykset voivat koskea esimerkiksi myös vallan käyttöä, tutkijan toimintaa ammatti ihmisenä, laillisuuskysymyksiä ja tutkimuksen rahoitusta sekä sponsorointia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 20; Kylmä & Juvakka 2007, 137.)

Kun tutkimukselle valitaan aihetta, on tärkeää samalla miettiä myös aiheen valinnan oikeutusta. Puhdas uteliaisuus tutkimuksen tekoon ei riitä, vaan tutkimukselle on löydettävä perustelut laajemmasta tietoperustasta. Aiheen valintaan kuuluu myös yhteiskunnallinen ulottuvuus, jolloin tutkimuksesta on oltava hyötyä kanssaihmisille. Eettisen oikeutuksen arvioinnissa täytyy pohtia tutkimuksen sensitiivisyyttä eli sitä, että voiko tutkimus aiheuttaa tutkimukseen osallistuville tai tutkimuksen tekijälle eritasoista uhkaa. Sensitiivisyys perustuu tutkimukseen osallistuvien ihmisten haavoittuvuuteen tai tutkit-

tavan ilmiön arkaluontoisuuteen. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.) Tämän tutkimuksen aihe on valittu ajankohtaisuuden vuoksi, koska syömishäiriöt ovat koko ajan nykypäivänä lisääntymässä eikä tällä hetkellä ole vielä käytössä toimivia ennaltaehkäisyohjelmia. Tämän vuoksi aiheen lähtökohtana on valittu ennaltaehkäisy, jotta tutkimustuloksia pystyttäisiin tulevaisuudessa hyödyntämään syömishäiriöiden ennaltaehkäisyssä. Tutkimuksessa nuoret ovat voineet herkistyä tutkimuksen aiheesta, esimerkiksi jos siitä on ollut omakohtaisia kokemuksia itsellä tai lähipiirissä.

Tutkimuskysymyksien muodostamisessa ja aineiston hankinnassa täytyy huomioida ja noudattaa tutkimusetiikassa olevia periaatteita. Tutkimuseettisiä periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. Laadullisessa tutkimuksessa tekijä tutkii tutkittavien henkilökohtaista elämänpiiriä ja kokemusmaailmaa, jolloin eettiset kysymykset koskevat näihin seikkoihin kajoamista. (Kylmä & Juvakka 2007, 147.) Tietoon perustuvalla suostumuksella pyritään välttämään tutkittaville aiheutuvia haittoja. Tietoon perustuva suostumus on tiedote, jossa kerrotaan tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja kulusta sekä mihin tutkittua tietoa käytetään. (Kylmä & Juvakka 2007, 149.)

Tämän tutkimuksen aineiston keräys on toteutettu ryhmähaastatteluna, jolloin haastattelu ei ole ollut niin sensitiivinen, kuin jos tutkimus olisi toteutettu yksilöhaastatteluna. Tutkittaville esitetyt kysymykset ovat olleet yleisellä tasolla sekä tutkittavien vastatessa kysymyksiin on korostettu tuomaan esiin omia mielipiteitä, ei henkilökohtaisia kokemuksia. Arkaluonteisuutta ja haavoittuvuutta tutkittavia kohtaan on pyritty välttämään kyseisillä keinoilla. Valitun koululuokan luokanohjaaja on keskustellut etukäteen luokan kanssa osallistumisesta tutkimukseen ja kertonut muun muassa tutkimuksen tarkoituksesta sekä menetelmistä. Ennen ryhmähaastattelun aloitusta osallistujien kanssa on keskusteltu tutkimuksen tarkoituksesta, sen kulusta sekä mihin tutkittua tietoa tullaan käyttämään. Ryhmähaastattelun jälkeen oppilaiden kanssa on vielä keskusteltu kokemuksista ja tuntemuksista. Oppilaille on kerrottu anonymiteetistä tutkimuksen jokaisessa vaiheessa sekä oppilailla on ollut mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta. Luottamus ja kunnioitus ovat esiintyneet tutkimuksessa esimerkiksi siten, että oppilaiden vastauk-

sia eli tutkimustietoa ei ole käytetty mihinkään muuhun kuin tähän tutkimukseen eikä niitä ole annettu ulkopuolisille. Tutkimustiedot ovat hävitetty silppurilla opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Tutkimusaineiston analyysissä ja raportoinnissa on myös tärkeää huomioida eettisyys, jolloin esimerkiksi aineiston analyysiprosessissa on muistettava osallistujien anonymiteetti. Tutkimuksen osallistujien anonymiteetin lisäksi eettinen raportointi merkitsee oikeudenmukaisuutta, avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimuksen vaiheiden raportoinnissa. Tutkimuksen tekijän kuuluu raportoida tutkimukseen osallistuneiden kuvaus tutkitusta ilmiöstä mahdollisimman totuudenmukaisesti, mutta osallistujia suojellen, jolloin tekijä joutuu tasapainoilemaan riittävän ja liian informaation antamisen välillä. (Kylmä & Juvakka 2007, 153–155.) Tässä tutkimuksessa tutkimuksen osallistujia on suojeltu siten, että heidän anonymiteettiä on suojeltu koko tutkimusprosessin ajan, esimerkiksi heidän nimiään ei ole mainittu missään tutkimusprosessin vaiheessa. Tutkimustulokset ovat pyritty kuvamaan raportointi vaiheessa mahdollisimman totuudenmukaisesti, jolloin esimerkiksi suoria lainauksia on käytetty raportissa. Suorat lainaukset ovat mietitty tarkoin, jotta niistä ei voida tunnistaa osallistujia, mutta kuitenkin lainaukset sisältävät riittävästi tietoa.

6.5 Tutkimuksen tekemiseen liittyvää pohdintaa

Opinnäytetyön aihe on ollut ajankohtainen, koska syömishäiriöt ovat länsimaissa koko ajan kasvavassa määrin, vaikka ihmisillä on mahdollisuus syödä monipuolisesti ja terveellisesti. Sairaanhoitajina tulemme kohtaamaan nuoria ja näin ollen osaamme työskennellä ennaltaehkäisevästi ja voimavaralähtöisesti, kuten esimerkiksi nuorten parissa työskennellessä voimme omalla käyttäytymisellä vaikuttaa myönteisesti nuoren kehonkuvan ja hyvän itsetunnon muodostumiseen.

Opinnäytetyö on ollut pitkä prosessi, joka on ollut vaivan arvoinen. Opinnäytetyön tekeminen on antanut uusia kokemuksia oppimiseen sekä samalla pitkäaikainen projekti on tullut päätökseen. Opinnäytetyön tekeminen on ollut antoisaa sekä haastavaa, minkä

myötä olemme saaneet perehtyä tarkasti rajattuun aiheeseen ja saada kokemuksia kvalitatiivisen tutkimuksen teosta. Tiedonhankinnan myötä olemme oppineet etsimään tietoa erilaisista lähteistä sekä arvioimaan tiedon luotettavuutta. Tutkimusta tehdessä olemme useissa eri vaiheissa joutuneet pohtimaan myös eettisen ja luotettavan tutkimuksen periaatteita.

Olemme myös tehneet psykiatrisen hoitotyön harjoittelun nuorten osastolla, jossa hoidettiin anoreksiaa sairastavia nuoria. Käytännön kokemus on tukenut opinnäytetyön tekoa ja antanut lisää ymmärrystä. Teorian ja käytännön myötä olemme saaneet vahvaa osaamista ammattitaitoomme. Opinnäytetyö on lisännyt ammatillista tietoutta, joka esimerkiksi edistää/auttaa tunnistamaan syömishäiriöitä, varsinkin anoreksiaa, työssämme. Ennaltaehkäisevästi osaamme tukea ja mahdollisesti vaikuttaa nuorten hyvän itsetunnon kehittymistä myönteisesti. Teoriatietoa ja tutkimustuloksia voimme hyödyntää tulevassa työssämme. Mielestämme opinnäytetyön tietoja voidaan myös jollain tavoin hyödyntää kaikilla tahoilla, joissa ollaan tekemisissä nuorten kanssa. Tietoja voidaan siis hyödyntää niin hoitoalalla kuin myös lisäämällä esimerkiksi vanhempien tietoutta syömishäiriöistä.

Kohderyhmän valinta oli mielestämme onnistunut ja saimme materiaalia riittävästi. Saimme kattavasti vastauksia kysymyksiin, joiden perusteella saimme melko laajoja vastauksia tutkimuskysymyksiin. Ensimmäisen tutkimuskysymys oli meidän mielestämme asetettu ehkä liian yleiselle tasolle, joka on voinut vaikuttaa kyseisen tutkimuskysymyksen tuloksiin. Tarkentamalla kysymystä olisimme voineet saada vielä kattavampia ja/tai tarkentavia vastauksia. Huonon ravitsemuksen seurauksista vastaukset olivat myös verrattavissa siihen liittyvään teoriaan. Näin ollen tutkimuksessa kävi ilmi, että nuoret ovat tietoisia huonon ravitsemuksen seurauksista. Tulosten mukaan nuoret tunnistavat paljon erilaisia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa syömisen häiriintymiseen. Tuloksista käy esille, että nuoret tunnistavat syömishäiriöön laukaisevia tekijöitä, jotka tulevat esille myös aiheeseen liittyvässä teoria tiedossa. Nuoret mainitsivat erityisesti kouluterveydenhoitajan ja lähiverkoston merkityksen avun hakemisessa mahdollisessa ongelma tilanteessa.

6.6 Jatkokehittämisideat

Opinnäytetyömme tulokset koostuvat hyvin pieneltä osalta valtakunnallisesti, jolloin jatkokehittämisideana nuorten mielipiteiden selvittäminen suuremmalta osalta olisi mielenkiintoista. Nuorten mielipiteiden selvittämisessä haastattelemalla voisi tuoda enemmän ja/tai laajemmin nuorten omaa ääntä kuuluville. Olisi myös mielenkiintoista tutkia nuorten mielipiteitä siitä, mitkä keinot olisivat tehokkaita tiedon jakamiseen syömishäiriöistä ja ennaltaehkäisemään niitä. Myös tieto poikien mielipiteistä kauneusihanteisiin, sekä muutoin syömishäiriöihin liittyen olisi mielenkiintoista saada julki.

Median vaikutusta nuorten käsitykseen normaaliin kehoon liittyen on mielenkiintoinen asia. Miten paljon muokatut ja langanlaihat mallit lehtien kansissa lopulta vaikuttavat nuoren kehonkuvaan siitä, mikä on normaali ja hyväksyttävä vartalo. Olisiko mahdollista vaikuttaa myönteisesti nuorten kauneusihanteisiin esimerkiksi käyttämällä normaali-painoisia malleja mediassa? Yleisesti ajatellaan, että nuorten medianlukutaito ei ole yhtä hyvä kuin aikuisten. Mielenkiintoista olisi myös tietää miten sen taidon opettamisella esimerkiksi peruskoulussa voitaisiin vaikuttaa kauneusihanteiden muuttumiseen normaalia ihannoivaksi.

LÄHTEET

Anttila, R., Eronen, S., Kallio, M., Kanninen, K., Kauppinen, L., Paavilainen, P. & Salo, S. 2005. Persoona 2: kehityspsykologia. 3. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Cash, T. & Pruzinsky, T. 2002. Body Image, A handbook of theory, research and clinical practice. New York: The Guilford Press.

Eating disorders in south east Scotland. 2011. Effects of Semi-starvation on Behaviour and Physical Health: The Minnesota Experiment. Hakupäivä 4.4.2013 http://www.ednses.com/downloads/effects_of_semi-starvation.pdf.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Isomaa, R. 2010. Eating Disorders, Weight Perception, and Dieting in Adolescence. Hakupäivä 25.4.2013 https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74491/isomaa_rasmus.pdf?sequence=1.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Hoppu, U., Kujala, J., Lehtisalo, J., Tapanainen, H. & Pietinen, P. 2008. Yläkoululaisten ravitsemus ja hyvinvointi. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 30/2008. Hakupäivä 4.4.2013 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78381/2008b30.pdf?sequence=1>.

Huttunen, M. & Jalanko, H. 2011. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Hakupäivä 27.11.2011 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111#s5.

Hällström, L. 2009. Painajainen puntarilla: Syömishäiriöt ja niiden ehkäisy. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt: Läheiseläni on syömishäiriö. Helsinki: Duodecim.

Keski-Rahkonen A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2010. Syömishäiriöt: Läheisen opas. Helsinki: Duodecim.

Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. 2005. Lasten ja nuorten hoitotyönkäsikirja. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Kunttu, K., Komulainen, A., Makkonen, K. & Pynnönen, P. 2011. Opiskelu terveys. Helsinki: Duodecim.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Käypä hoito. 2009. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Hakupäivä 20.3.2012 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030?hakusana=sy%C3%B6mish%C3%A4iri%C3%B6t>.

Moilanen, I, Räsänen, E, Tamminen, T, Almqvist, F, Piha, J, Kumpulainen, K. 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Menetelmäviidakon raivaajat: Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint.

Puusniekka, R. 2011. Kouluterveyskysely 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 2.3.2013 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a3081e2a-52be-4c3a-af4a2193e9e0b6ab>.

Ruuska, J. & Rantanen, P. 2007. Syömishäiriöt ja nuoruusiän kehitys. Suomen lääkäri-lehti. 4527–4532. Vol 62, no 48.

Mikkola, H. & Oinas, M-M. 2007. Nuorten kehonkuva ja IRC-galleriassa tapahtuva identiteetti ilmaisu. Hakupäivä 25.4.2013 http://www.nuorisotutkimusseura.fi/sites/default/files/tapahtumatiedostot/Mikkola_Oinas_Gradu.pdf.

Ruuska, J. 2010. Syömishäiriöt lapsilla ja nuorilla. Hakupäivä 20.3.2012 http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=sy%F6mish%E4iri%F6t.

Ster, G. 2006. Lupa syödä: Opas syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Edita Prima Oy.

Syömishäiriöklinitikka. 2011. Mitä muita syömishäiriötä on? Hakupäivä 20.3.2012 http://www.syomishairioklinikka.fi/syomishairiot_muita.html.

Syömishäiriöliitto. 2012. Miten syömishäiriön voi tunnistaa? Hakupäivä 20.3.2012 <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot2.html>.

Syömishäiriöliitto. 2012. Anoreksian ja epätyypillisen laihuushäiriön oireet. Hakupäivä 20.3.2012 <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot3.html>.

Syömishäiriöliitto. 2012. Bulimian ja epätyypillisen ahmimishäiriön oireet. Hakupäivä 20.3.2012 <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot4.html>.

Syömishäiriöliitto. 2012. Kuinka kauan syömishäiriö kestää? Hakupäivä 20.3.2012 <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot6.html>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Kouluikäisen ravitsemus. Hakupäivä 4.4.2013 http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/ravitsemustietoa/suomalaiset/kouluikaiset.

Tuimala, L. 2013. Kehonkuva. Hakupäivä 17.03.2013 <http://www.kehonkuva.com/3>.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2012. Suomalaiset ravitsemussuositukset. Hakupäivä 21.2.2013 http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/suomalaiset_ravitsemussuositukset/.

Vanhala, E. & Hälvä, S. 2012. Syö tai itke ja syö. Helsinki: Tammi.

Viljanen, R., Larjosto, M. & Palva-Alhola, M. 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. Helsinki: Duodecim.

LIITTEET

LIITE 1	PIENRYHMILLE ESITETYT KYSYMYKSET
LIITE 2	DIAGNOSTISET KRITEERIT ICD-10 MUKAAN
LIITE 3	ANOREKSIAN FYYSISET OIREET
LIITE 4	ANOREKSIAN PSYYKKISET OIREET
LIITE 5	ANOREKSIAN PUUTOSOIREET
LIITE 6	ESIMERKKI SISÄLLÖNANALYSOINNISTA

1. Mikä merkitys ravitsemuksella on? Kuinka huolehdit syömisestä (ravitsemuksesta)?
2. Mitä tapahtuu, jos et huolehdi syömisestä (ravitsemuksesta)? Anna esimerkkejä.
3. Mitkä asiat vaikuttavat siihen, että syömisestä (ravitsemuksesta) kanssa tulee vaikeuksia/ongelmia?
4. Mistä hakisit apua, jos syömisessä (ravitsemuksessa) tulee vaikeuksia/ongelmia?

Anoreksian eli laihuushäiriön (F50.0.) diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan:

- A. Merkittävä painonlasku, joka johtaa alipainoisuuteen eli siihen, että täysikasvuisen painoindeksi (paino jaettuna pituuden neliöllä, esimerkiksi 52 kg/1,65 m x 1,65 m) on naisilla alle 17,5 kg/m² ja miehillä alle 19 kg/m². BMI:tä käytetään 16 vuoden iästä lähtien. Kasvuikäisellä voidaan painonlaskun sijaan todeta kasvukäyristä oleellinen kasvunviivästymä tai kasvun ja painonkehityksen pysähtyminen. Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä jälkeen pituudenmukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee.
- B. Painon lasku on itse aiheutettua välttämällä ”lihottavia” ruokia. Tämän lisäksi saat-
taa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden,
nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä.
- C. Henkilö on mielestään liian lihava ja hän pelkää kovasti lihomista, mikä saa potilaan
asettamaan itselleen alhaisen painotavoitteen. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristy-
mä, joka muodostaa erityisen psykopatologian. Sen seurauksena lihavuuden pelko
on kaiken kattava yliarvoinen idea ja potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoit-
teen.
- D. Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriini-
nen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten poisjäämisinä ja miehillä seksuaalisen
mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää,
kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät kokonaan. Potilaan
toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti, mutta tavallista myöhempään.
Lisäksi kasvuhormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insu-
liinieritys voi olla poikkeavaa. Ehkäisytablettien tai muiden sukupuolihor-
monivalmisteiden käyttö voi aiheuttaa sen, että kuukautiskierto toimii hyvin huo-
nossa ravitsemustilassa. Näiden valmisteiden käyttö voi siis kätkeä kuukautisten
poisjäämisen.
- E. Ahmimishäiriön (F50.2.) A ja B eivät täyty.

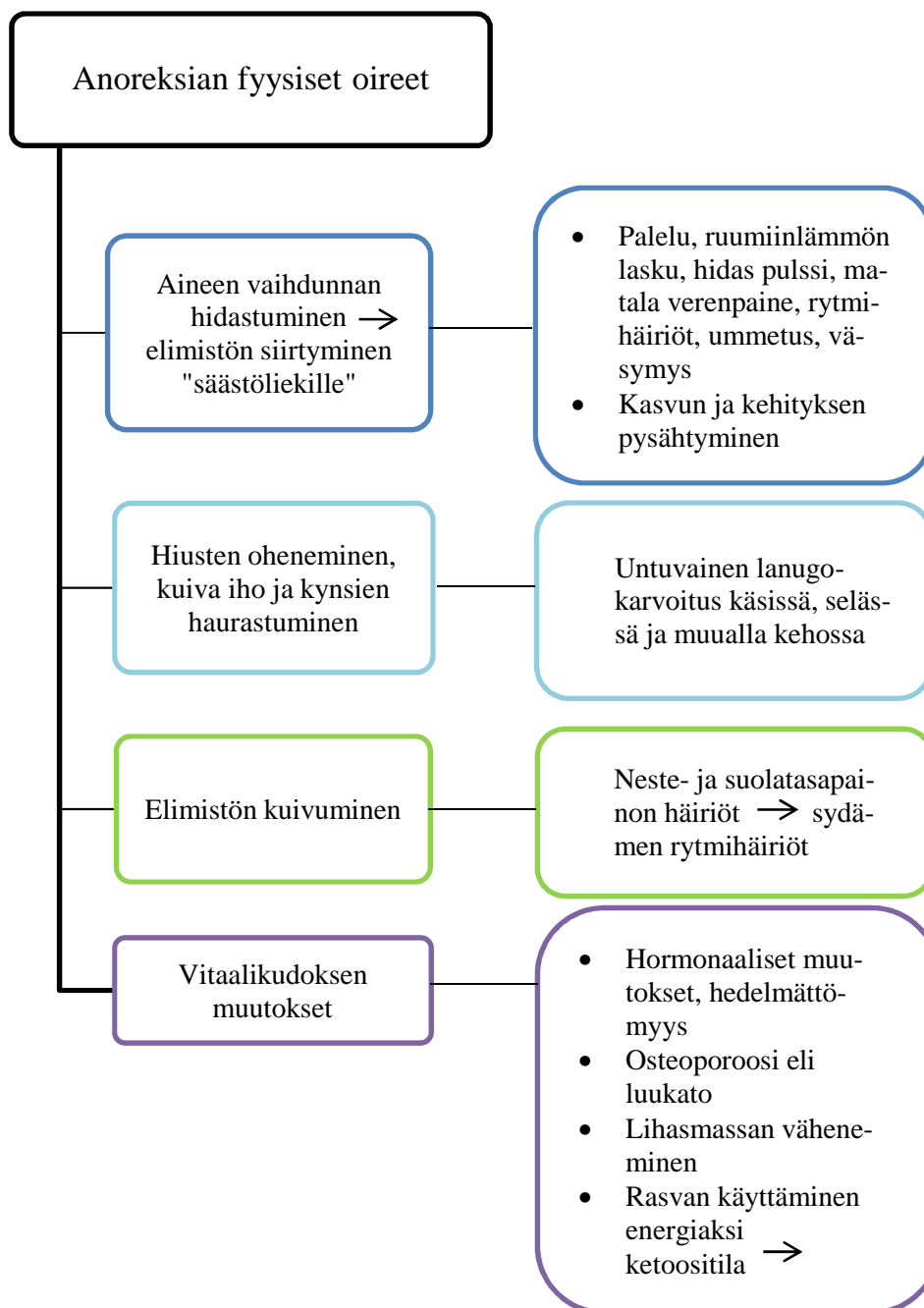
Ahmimishäiriön (F50.2) A ja B kriteerit ovat ICD-10-tautiluokituksen mukaan: A. toistuvia ylensyömisjaksoja (vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan), jolloin potilas nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa ja B. ajattelua hallitsee syömisen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.

Epätyypillisen laihuushäiriön (F50.1) diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluoki Epätyypillinen laihuushäiriö

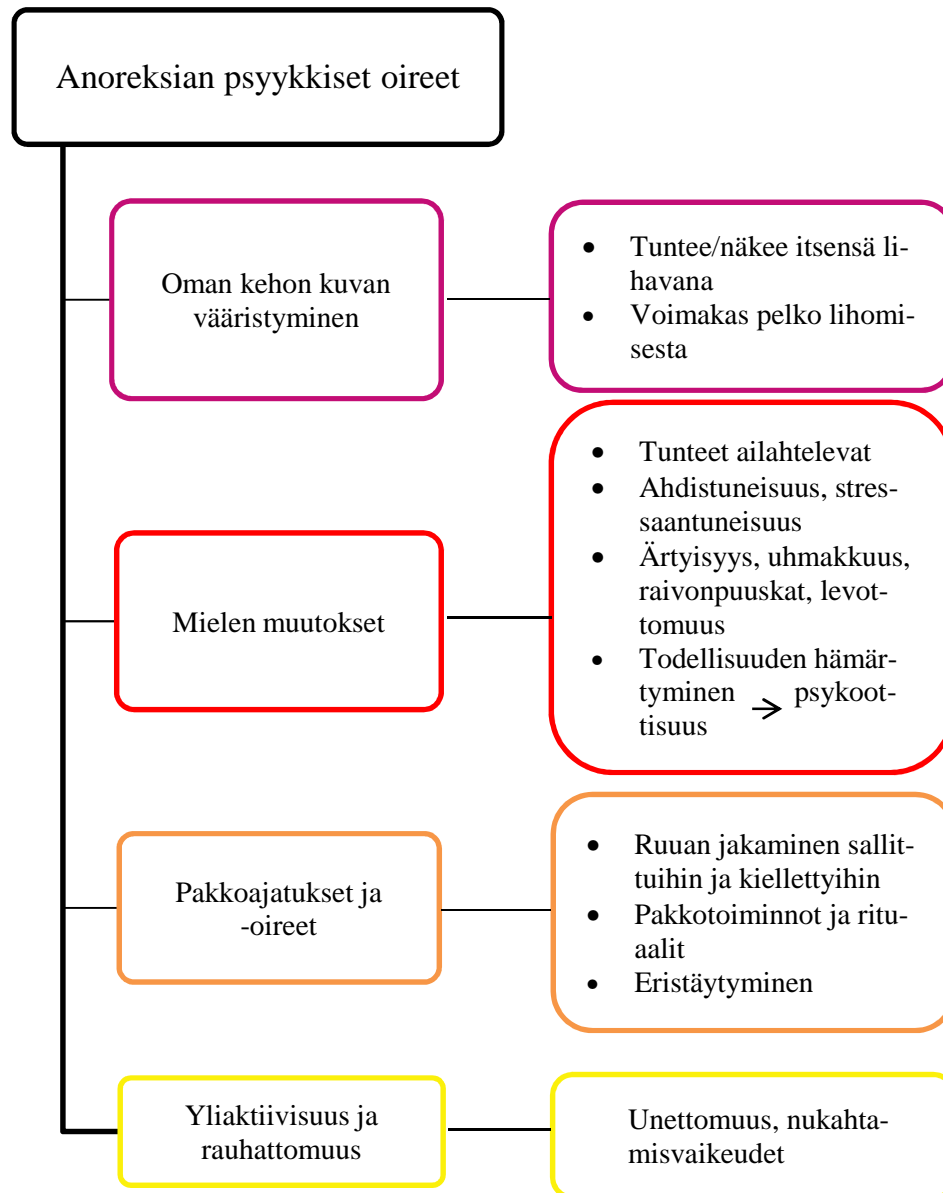
- Tätä diagnoosia tulisi käyttää sellaisilla potilailla, joiden kliininen kuva on melko tyypillinen, mutta joilta puuttuu yksi tai useampia laihuushäiriön (F50.0) avainoireista, esimerkiksi amenorrea tai voimakas lihomisen pelko.
- Tällaisia potilaita nähdään tavallisesti yleissairaалapsykiatristen palvelujen piirissä ja perusterveydenhuollossa.
- Tämä diagnoosi sopii parhaiten myös silloin, kun kaikki avainoireet esiintyvät, mutta lieväasteisina. Epätyypillisen laihuushäiriön diagnoosia ei tule tehdä, jos potilaalla tiedetään olevan edellä kuvattuja oireita aiheuttava ruumiillinen häiriö.

Diagnostiset kriteerit

- Epätyypillisestä laihuushäiriöstä tutkimusta tekeviä kehoitetaan muodostamaan itse omat kriteerinsä, jotka tulee täyttää diagnoosin asettamiseksi.



KUVIO 6. Anoreksian fyysiset oireet (mukaellen Keski-Rahkonen ym. 2010, 41–44; Anoreksian ja epätavallisen laihuushäiriön oireet 2011, hakupäivä 28.3.2012; Viljanen ym. 2005, 80–81; Ster 2006, 7)



KUVIO 7. Anoreksian psyykkiset oireet (mukaellen Anoreksian ja epätyypillisen lai-
huushäiriön oireet 2011, hakupäivä, 28.3.2012; Ster 2006, 34–35, 73–76; Keski-
Rahkonen ym. 2010, 41)

Energia

- Väsymys, huolestuneisuus
- Univaikeudet, varhainen herääminen
- Kova vatsa, vatsaongelmat
- Huono verenkierto
- Mielialan vaihtelut
- Lihasmassan väheneminen
- Ajatusten kiinnittyminen ruokaan

Rauta

- Paleleminen, kalpeus
- Ummetus, nopea kylläisyyden tunne
- Kuukautishäiriöt
- Hidas, heikko aineenvaihdunta
- Keskittymisvaikeudet
- Väsymys, univaikeudet
- Ärtynisyys, levottomuus
- Huono kunto
- Valkoiset laikut kynsissä

Hiilihydraatit

- Verensokerin lasku
- Vapina, tärinä
- Ahmimiskohtaukset
- Ketoaineiden muodostuminen
- Serotoniinivaje
- Masennus
- Poissaoleva tunne

Vitamiinit

- Mustelmat
- Nenäverenvuoto
- Taipumus kompasteluun
- Kömpelyys
- Suupielien haavaumat
- Kuiva/hilseilevä iho
- Näppyjä raajoissa

Proteiini

- Lihasmassan väheneminen
- Turvonnut maha
- Ripuli
- Virtsanpidätys vaikeudet
- Hiustenlähtö
- Turvotus
- Kasvun pysähtyminen

Rasva

- Heikentynyt makuaisti
- Proteiinipuutos → vatsan turvotus
- Lisääntynyt infektioherkkyys
- Haavojen heikko paraneminen
- Silmien valoarkuus ja kirvely
- Heikentyneet refleksit
- Pakko-oireet
- Heikentynyt muisti
- Kuiva lohkeileva iho, kutina, hiusten lähtö

Suola

- Huimaus, päänsärky
- Pahoinvointi
- Mahan turvotus aterian aikana ja sen jälkeen
- Kasvojen turvotus
- Jatkuva virtsaamisen tarve, myös yöllä
- Lihashuikkous, puutuminen, lihaskipu
- Yöhikoilu
- Taipumuts pyörtyilyyn

